



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

LOUISE PRATES SILVEIRA

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O lugar das famílias no CAPS II Ponta Do
Coral**

Florianópolis
2017

LOUISE PRATES SILVEIRA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O lugar das famílias no CAPS II Ponta Do Coral

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof.^a Dra Michelly Laurita Wiese.

Florianópolis
2017

Louise Prates Silveira

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O lugar das famílias no
CAPSII Ponta do Coral**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do
Título de “Bacharel em Serviço Social”, e aprovada em sua forma final pelo
Departamento de Serviço Social.

Florianópolis, 28 de junho de 2017

Banca Examinadora:



Prof.^a, Dr.^a Michelly Laurita Wiese,
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a, Dr.^a Keli Regina Dal Prá,
Examinadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Assistente Social Vanessa Vinícia da Costa
Examinadora

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silveira, Louise Prates
Serviço Social e Saúde Mental : O lugar das famílias no
CAPS II Ponta do Coral / Louise Prates Silveira ;
orientador, Michelly Laurita Wiese, 2017.
73 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro SÓcio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Serviço Social. 3. Saúde Mental. 4.
CAPS. 5. Família. I. Wiese, Michelly Laurita. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço
Social. III. Título.

Ame o Senhor, o seu Deus de todo o seu coração, de toda a sua alma, de todo o seu entendimento e de todas as suas forças e ame o seu próximo como a si mesmo. Não existe mandamento maior do que estes.

Marcos 12:30,31

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua graça sem fim, e por sua misericórdia;

A meus pais, Lane e Adilson, por me ensinarem os valores que construíram meu caráter, por mais teimosa que eu seja;

Aos meus irmãos mais velhos, Lauren e Thales por sempre me fazerem rir e nunca deixarem de pegar no meu pé;

À minha família, que me ama e da qual eu sou orgulhosa, mas que também me irrita;

À pessoa mais paciente, Paulo Henrique, por me amar e permitir que eu o ame, mas principalmente por me aturar;

À minha supervisora de estágio, Vanessa, por ser uma inspiração enquanto profissional e estar sempre ligada no 220V;

À minha orientadora, Michelly, por, mesmo que por um período curto, compartilhar seus conhecimentos comigo, às sextas-feiras na biblioteca;

Aos meus professores, por me ensinarem sobre a profissão que escolhi para a minha vida e a olhar para a sociedade de forma crítica, apesar de eu ter faltado algumas aulas;

Aos colegas de faculdade, os que me acompanharam desde o início, os que conheci na reta final e que agora serão colegas de profissão.

E a todas as pessoas que ao longo da minha vida contribuíram para esse momento.

RESUMO

Prates, Louise. **Serviço Social e Saúde Mental: O lugar das famílias no CAPS II Ponta do Coral**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como proposta abordar dois temas de estudo do Serviço Social: Saúde Mental e a família. Além disso, põe em debate a atuação do Assistente Social na Saúde Mental com os familiares de pessoas com sofrimento psíquico. Neste sentido, o estudo tem como objetivo geral analisar as famílias que tem em seu núcleo familiar pessoas em sofrimento psíquico que são atendidas num serviço de atenção psicossocial na cidade de Florianópolis. Para qualificar e atender ao objetivo do estudo, se identifica a atuação do serviço social junto às famílias e as experiências do grupo de familiares chamado Lugar de Famílias do CAPS II Ponta do Coral. Como procedimentos metodológicos da pesquisa destaca-se que é um estudo qualitativo com a utilização da revisão bibliográfica. A metodologia usada para o grupo foi a observação participante, considerando que é um grupo para cuidadores que já existia no serviço, porém foi interrompido e então retomado como projeto de intervenção da disciplina de estágio obrigatório. Em cada encontro se propôs um tema e dinâmica para que os familiares refletissem e debatessem sobre o que foi proposto. Como resultados do estudo, destaca-se que os encontros do grupo possibilitaram a compreensão da necessidade dos serviços de saúde terem em suas atividades a oferta de grupos para familiares de pessoas com sofrimento psíquico, levando em conta que o objeto de trabalho do Serviço Social é a questão social e a sobrecarga sofrida por estes familiares é compreendida com uma expressão da mesma.

Palavras-chave: Serviço Social. Família. Saúde Mental. Saúde Coletiva.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ações do CAPS	32
Figura 2 - Atendimento à paciente novo	32
Figura 3 - Atendimento à paciente em acompanhamento	33
Figura 4 - Perspectiva Familista: unidirecionalidade nas ações	45
Figura 5 - Perspectiva Protetiva: tridimensionalidade nas ações	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Serviços da RAPS	28
Tabela 2 - Modalidades de CAPS	29
Tabela 3- Perspectiva Familiarista VS Perspectiva Protetiva.....	44
Tabela 4 - Portaria para o trabalho do Serviço Social na Saúde Mental	53

LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPs – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CentroPOP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CS – Centro de Saúde
CTs – Comunidades Terapêuticas
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPQ/SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização não governamental
OS – Organização Social
OSCIPS – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAAS – Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS – Sistema Único de Saúde
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE	12
2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	24
3 FAMÍLIAS E SAÚDE MENTAL.....	36
3.1 FAMÍLIA E ESTADO.....	42
3.2 FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL	48
4 CAPS II PONTA DO CORAL: O LUGAR DA FAMÍLIA NA SAÚDE MENTAL .	52
4.1. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	52
4.2 O GRUPO “LUGAR DE FAMÍLIAS”	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS.....	72

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se propõe a discutir o trabalho do Serviço Social em duas áreas de estudo, a primeira é a Saúde Mental, explorando a trajetória histórica da Política de Saúde, as reformas sanitária e psiquiátrica, e a segunda, o estudo de família, seu conceito ampliado, os processos de responsabilização, sua relação com o Estado, e então como essas duas áreas se relacionam, enquanto expressão da questão social.

O tema surgiu como resultado das experiências vividas no campo de estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde foi possível perceber a importância da atuação do assistente social com os familiares de pessoas com sofrimento psíquico. Sendo assim, como projeto de intervenção da disciplina de estágio obrigatório I e II, foi criado o grupo Lugar de Famílias, destinado a estes familiares.

O objetivo do trabalho é analisar as famílias que tem em seu núcleo familiar pessoas em sofrimento psíquico que são atendidas num serviço de atenção psicossocial na cidade de Florianópolis. Para qualificar e atender ao objetivo do estudo, se identifica a atuação do serviço social junto às famílias e as experiências do grupo de familiares chamado Lugar de Famílias do CAPS II Ponta do Coral.

O estudo e debate do tema da família dentro do campo da Saúde Mental, tendo em vista que nas políticas sociais a família é posta num paradoxo, em que ao mesmo tempo em que ela é enxergada como um objeto da política, a ela também é exigida o papel de gestora, causando muitas vezes uma carga excessiva de trabalho. Na Saúde Mental esse paradoxo também é percebido, pois é verdade que o familiar e seu vínculo (ou a inexistência de um) com o usuário são determinantes para o tratamento de saúde, porém também é verdade que aí pode ocorrer uma sobrecarga de trabalho, podendo então, levar até mesmo ao adoecimento do familiar, que muitas vezes não se encontra em condições de arcar com os cuidados exigidos. Como resposta a esse paradoxo, o grupo Lugar de Famílias é um espaço de escuta e reflexão para os familiares.

O espaço em que o grupo ocorre é o CAPS II Ponta do Coral, um serviço público de saúde de média complexidade, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, indicado para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O CAPS é um serviço que vem como resposta à luta antimanicomial, e entende que o tratamento deve ser visto além da medicalização e das causas físicas e orgânicas do sofrimento psíquico, buscando também a autonomia e reinserção do usuário na sociedade.

Como procedimentos metodológicos da pesquisa destaca-se que é um estudo qualitativo com a utilização de revisão bibliográfica. A metodologia usada para o grupo foi a observação participante, considerando que é um grupo para cuidadores que já existia no serviço, porém foi interrompido e então retomado como projeto de intervenção da disciplina de estágio obrigatório. Em cada encontro se propôs um tema e dinâmica para que os familiares refletissem e debatessem sobre o que foi proposto.

Neste sentido, o trabalho se divide em três capítulos, sendo o primeiro destinado a percorrer a trajetória histórica das políticas sociais e seus diferentes modelos ao longo do tempo, adentrando na política de saúde, a reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda neste capítulo, se aborda a política de Saúde Mental, a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica e a estruturação dos serviços.

O segundo capítulo remete ao estudo de família no Serviço Social, seus diferentes arranjos, as perspectivas adotadas para o trabalho com famílias, os processos de responsabilização e sua relação com o Estado, colocando também em debate o tema família na Saúde Mental.

O terceiro capítulo caracteriza o trabalho do Serviço Social no CAPS II Ponta do Coral enquanto serviço de Saúde Mental, apresentando o porquê é importante ter este profissional atuando numa área tão dominada pelos campos “psi”. Detalha também os encontros do grupo Lugar de Famílias por um determinado período, trazendo uma reflexão sobre o mesmo.

Nas considerações finais se propõe uma análise dos encontros do grupo Lugar de Famílias, assim como a análise do Serviço Social nesta experiência, e a sua relevância junto à família e a Saúde Mental.

2 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE

Este primeiro capítulo tem por objetivo apresentar a trajetória das políticas sociais no Brasil problematizando as Políticas de Saúde e de Saúde Mental, percorrendo respectivamente a Reforma Sanitária, e o movimento antimanicomial e a estruturação dos serviços.

Seria correto afirmar que as políticas sociais são uma consequência das expressões da questão social no capitalismo, que tem como fundamento as relações de exploração do capital sobre o trabalho, “contudo, sua gênese está na maneira com que os homens se organizaram para produzir num determinado momento histórico [...], o de constituição das relações sociais capitalistas – e que tem continuidade na esfera da reprodução social.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.52).

No período anterior à Revolução Industrial, o que se tinha na verdade, eram algumas iniciativas que poderiam ser caracterizadas como assistenciais (e caminhavam lado a lado com ações filantrópicas e a caridade). Essas iniciativas tinham como objetivo coagir o cidadão que tivesse as menores condições possíveis laborativas a trabalhar e ter no trabalho a principal fonte de renda para sua sobrevivência.

As primeiras iniciativas que hoje entendemos como políticas sociais não possuem um momento específico para seu surgimento, mas são compreendidas como processo social e “se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p.47). O prelúdio das políticas sociais está vinculado com movimentos de massa social-democratas e a consolidação de Estados-nação na Europa (final do século XIX), mas principalmente com a transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial (pós-1945), enquanto nas sociedades pré-capitalistas, com o objetivo de garantir ordem social, se assumiam, em parte, as responsabilidades sociais.

As políticas sociais são uma estratégia de enfrentamento da questão social e porque ao longo dos tempos tiveram uma configuração não homogênea e não linear, é possível caracterizá-las em seus diferentes modelos. E apesar de que no Brasil essas políticas de satisfação das necessidades sociais foram muito influenciadas pelas políticas econômicas internacionais, ainda assim apresentaram muitas diferenças.

De acordo com Pereira (2000, p. 125), “diferente, pois, das políticas sociais dos países Capitalistas avançados, que nasceram livres da dependência econômica e do domínio colonialista, o sistema de bem-estar brasileiro sempre expressou as limitações decorrentes

dessas injunções”. Durante a trajetória das políticas sociais e do Welfare State, é importante ressaltar que não houve de fato um Estado de Bem-Estar Social no Brasil, já que para isso é necessário que o Estado seja o principal provedor de garantia dos direitos e de proteção social, o que não ocorreu.

As políticas sociais no Brasil podem ser divididas em cinco períodos históricos, sendo o primeiro deles o laisseferiano, com a Lei Elói Chaves (criada em 1923), que funcionava como um seguro social para aqueles que trabalhavam nas ferrovias e contribuía às Caixas de Aposentarias e Pensões (CAPs). Quando, nos anos 1930, a agroexportação era o que mais movimentava a economia, o mercado era o principal agente para satisfazer as necessidades da população e as expressões da questão social eram vistas como “caso de polícia”. Getúlio Vargas era o presidente da república e foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que atendiam uma classe um pouco mais ampla de trabalhadores. De acordo com Bravo (2008, p. 89), a respeito da saúde pública,

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas.

O segundo período, chamado de populista/desenvolvimentista, datado nos anos de 1930 até 1964, foi caracterizado pela mudança na economia, por ser o começo do período industrial. Apresentou mudanças como a criação do ministério do trabalho, da indústria e do comércio, criação da carteira de trabalho, ainda na década de 1930. Nos anos 1940, com a presidência de Getúlio Vargas, foi regulado o salário-mínimo e também ocorreu uma reestruturação dos ministérios de saúde e educação. Ainda nos anos 1940, porém no governo de Eurico Gaspar Dutra, a Constituição Federal de 1946, que defendia ideais liberais, foi promulgada. Sobre os ideais liberais, que ainda estão presentes na sociedade atual, é importante ressaltar que:

[...] a face real do neoliberalismo nacional é a do totalitarismo, caracterizado pelo esvaziamento da esfera pública, pela privatização dos negócios públicos, pela anulação das falas populares, pela desmoralização das demandas sociais e, pela substituição da política pelo tecnicismo e pelo administrativismo (OLIVEIRA, 1999 apud PEREIRA, 2001, p. 56).

Foi nesse período que o Estado começa a, de fato, intervir na saúde pública, adotando medidas, segundo Braga e Paula (1981, p. 53-55) como:

- a) Ênfase nas campanhas sanitárias;
- b) Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- c) Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades;
- d) Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela em 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- e) Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle de formação de técnicos em saúde pública.

Entre 1960 e 1964, com a presidência de Jânio Quadros e João Goulart, se instaurou no Brasil uma estagnação na economia e as massas começaram a se mobilizar de forma intensa por reformas socioeconômicas. Nota-se que, nesse segundo período, muitos avanços foram conquistados pelos trabalhadores, como, por exemplo, a criação do Ministério do Trabalho, porém ainda assim, foi uma época em que os governos agiam de forma muito repressiva para que pudessem manter o controle sobre a sociedade.

Chamado de tecnocrático militar, o terceiro período tem seu início em 1964, com o presidente Humberto de Alencar Castelo Branco e termina em 1985 com João Figueiredo. Uma das maiores mudanças é o Estado que agora se torna tecnocrático e deixar de ser populista, “as reformas institucionais que acompanharam essa modificação resultaram na reestruturação da máquina estatal, privilegiando o planejamento direto, a racionalização burocrática e a supremacia do saber técnico sobre a participação popular” (POTYARA, 2002, p.135).

Neste período a medicalização da vida social, seja na área da Saúde Pública quanto na Previdência Social foi incutida, obrigando a área da saúde a se ajustar ao modelo capitalista, propiciando à saúde pública um afrouxamento e a valorização à medicina previdenciária. (BRAVO, 2008).

No princípio do período tecnocrático (1964-1967), a continuidade dos programas da política anterior era o alvo, ou seja, buscar os interesses do mercado. Entre 1967 e 1974, se observou que a política social foi consolidada de fato, como meio para a acumulação de capital, mas foi entre 1974 e 1979, ainda contemplando as metas que Juscelino Kubitschek havia imposto quando presidente, que maiores mudanças na economia do país ocorreram. Atender as classes mais pobres não era de forma alguma uma prioridade nesse período, mas sim grandes obras, como por exemplo, a Transamazônica.

A questão social que envolvia este período, em especial de 1964 até 1974, é do Estado utilizando para sua intervenção o binômio repressão-assistência. A política era assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal. Tais ações tinham a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, diminuir as tensões sociais, conseguir legitimidade para o regime e como mecanismo de acumulação do capital (WIESE, 2003, p. 65).

Nesse período se dá início a um dos marcos mais importante relacionado à saúde, a Reforma Sanitária, movimento cujos atores sociais mudaram a perspectiva pela qual a saúde era vista.

A reforma sanitária brasileira caracteriza-se por ter sido um movimento que, no interior do processo de uma transição democrática conservadora, teve como foco central o Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional. Nesse sentido, diversamente da experiência italiana, foi um movimento de cima para baixo, que teve como suporte intelectual a construção de um saber militante calcado em grandes marcos teóricos, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde em detrimento do movimento real da sociedade (COHN, 1992, p.72).

Ainda sobre a Reforma Sanitária, Rodrigues Neto (1985) destaca que no período havia três projetos político-ideológicos que divergiam entre si:

- A proposta conservadora, que defendia basicamente a manutenção do modelo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público, em especial pela previdência social – proposta sustentada, principalmente, pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos;
- A proposta modernizante/privatiza: que apontava para uma modernização do setor com as regras capitalistas de mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados. Contemplava o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde a população urbana e inserida no mercado de trabalho, competindo ao Estado às ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, que não poderiam assegurar, por seus rendimentos baixos, a lucratividade da organização empresarial. Era defendida pelos grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde;
- A proposta racionalizadora supunha a saúde como direito de cidadania e implicaria a responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde, e o setor privado era considerado como complementar e subordinado. Algumas experiências nessa direção foram ensaiadas e seus efeitos podem ser considerados expressivos e estimuladores, dependendo, para sua efetivação, de condições que só haveriam de ser oferecidas por um governo democrático, com um financiamento mais adequado, derivado de uma política salarial justa, uma valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade dos serviços. Era defendida pelos

técnicos progressistas da saúde e movimentos populares, sendo intitulada como Reforma Sanitária (RODRIGUES NETO, 1985, p. 11-13).

Sobre o governo de Figueiredo, os anos de 1980 a 1985 tiveram ainda menos gastos sociais em detrimento do déficit público causado no governo anterior. A conduta do governo contribuiu para que o desemprego e a miséria no país aumentassem, pois não atendiam às pressões da sociedade que postulava por democracia e uma atitude em relação à população pobre. Quando a população agia e reivindicava reformas sociais do Estado, o mesmo reagia opressivamente.

O penúltimo período foi marcado pela transição para a democracia liberal, quando em 1985 quem assume a presidência é José Sarney. Este período foi de grande importância, pois é marcada por uma vitória para a população brasileira, já que pela primeira vez a Saúde, enquanto parte da Seguridade Social, é entendida como um direito constitucional, de acordo com a Constituição Federal de 1988, como descreve Potyara (2002, p. 150), “a estratégia adotada para perseguir esse objetivo social incluía desde medidas de cunho emergencial, especificamente as voltadas contra a fome, o desemprego e a pobreza [...]”, de forma que o Estado passou a se responsabilizar pela formulação e desempenho das políticas públicas no país.

No âmbito da saúde pública, um grande marco foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília. Os temas variavam entre a saúde como direito a qualquer cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento. “A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2008 p. 96).

Sendo assim,

A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos 70 e início dos anos 80. Nesse sentido, a própria reforma sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, na busca de instauração de uma política de saúde inédita. Em outro sentido, o lema “saúde, direito de cidadania, dever do Estado” implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde como ausência relativa de doenças (LUZ, 1991, p. 87).

De acordo com Teixeira Fleury (1988, p.10) os principais elementos que a Constituição de 1988 trouxe foi:

- a) O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não-segurado, rural/ urbano;
- b) As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- c) Constituição do SUS – Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- d) A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- e) Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

O último período, ao mesmo tempo em que há a consolidação da responsabilização do Estado pelas políticas sociais e pela Seguridade Social, é caracterizado pelo *ideal neoliberal*, defendendo a intervenção mínima do Estado nessas políticas, com o discurso de que o Estado não tem como arcar com as responsabilidades financeiras, restando então apenas a função de regulador, criando mínimas condições para as políticas sociais e concedendo vantagens para o mercado. Sobre as mudanças em relação à política de saúde,

A Constituição Federal de 1988 deu nova à forma saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 17).

Ao olhar para o modelo de Política de Saúde apresentado pela perspectiva neoliberal, percebemos quatro momentos, o primeiro ocorreu na era Collor, nos dois primeiros anos da década de 1990 e foi marcado pela redução dos orçamentos dos setores sociais, incluindo a saúde, além de um claro boicote a implementação do SUS, não havendo um projeto para a política de saúde apresentado pelo governo federal. Bravo e Matos (2008) trazem como exemplo a proposta de emenda constitucional que oferecia a possibilidade da comercialização de sangue e hemoderivados.

Apesar das questões levantadas, com tudo, o setor saúde consegue obter alguns avanços nesse período. Em 1990, são aprovadas as leis 8.080/90 e 8.142/90, que, juntas, formam a Lei Orgânica da Saúde. Na época, muito se

falou sobre a demora da aprovação, dificuldade está estritamente ligada aos interesses divergentes sob a concepção de política de saúde. No entanto, há que se reconhecer que, comparativamente a outras políticas, foi até pouco, frente aos enfrentamentos, por exemplo, na assistência social (regulamentada em 1993) e na educação (somente em 1996). A realização da IX Conferência Nacional de Saúde acontece dois anos após o previsto e, não por acaso, na gestão do ministro Jatene, em meio à imensa crise que assolava o governo federal. Essa conferência sobre o temário “a municipalização é o caminho” deve duas características básicas: A primeira foi a ratificação do SUS como modelo ideal para a política de saúde do país; e a segunda foi o primeiro movimento expressivo, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, a defender o impeachment do então presidente da República. (BRAVO; MATOS, 2008, p.202).

Quanto à Lei 8080/90, a mesma “dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e as respectivas competências nos vários níveis de governo. Entre alguns princípios que regem o SUS, destacam-se os de universalidade, equidade e integralidade” (WIESE, 2003, p. 79). Já a Lei 8142/90 diz respeito ao controle social.

De acordo com Bravo e Matos (2008) o segundo momento, referente à era Itamar é dividido, primeiramente com a gestão de Jamil Haddad, desacelerando o sucateamento da saúde, e depois há a gestão de Henrique Santillo, que apesar de não ter apresentado propostas para incentivar o SUS, também não apresentou propostas contrárias. De certa forma, o processo de impeachment de Collor ocasionou num maior foco para os projetos da Reforma Sanitária e da IX Conferência Nacional de Saúde. Ainda de acordo com os autores, outros dois acontecimentos importantes desse momento são: a) o fim do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), projeto articulado com o Ministério da Previdência e que era parte da proposta do movimento da reforma sanitária, e o outro, b) “a promulgação da Norma Operacional Básica – NOB/1993. É esta a NOB que cria as modalidades de municipalização da saúde [...] avançando, assim, no processo de descentralização” (BRAVO; MATOS, 2008, p.203).

Ainda que no governo Itamar houvesse alguns avanços na saúde, é importante ressaltar que a qualidade de vida da população não melhorou de forma efetiva. O neoliberalismo ganhava espaço no país e os desmontes realizados no governo Collor não foram solucionados. Então, em 1995 com governo de Fernando Henrique Cardoso, o ideal neoliberal é finalmente instaurado. As autoras dividem a política de saúde do governo de FHC em dois momentos que são entendidos como os terceiro e quarto momentos da política de saúde do Brasil.

Sendo assim, o terceiro momento, referente aos dois primeiros anos do governo de Fernando Henrique Cardoso, tinha Adib Jatene como ministro e percebeu-se um enorme desinteresse com a saúde, já que não houve intervenção alguma nesse setor.

O quarto momento teve como grande marco o fato de que pela primeira vez uma proposta contrária ao SUS é apresentada oficialmente. Teve José Carlos Seixas, Carlos César Albuquerque e José Serra na gestão.

Em 1997, segundo o governo o “Ano da Saúde”, é lançado o documento “Ações e metas prioritárias para a saúde no Brasil”. Esse documento é dividido em duas partes. Na primeira, “Vencendo os desafios estruturais”, é apresentada a proposta de um novo sistema gerencial com financiamento estável e fiscalização dos recursos, descentralização dos serviços e reestruturação interna. Na segunda, são detalhadas as ações e as metas prioritárias: a prevenção no atendimento básico, a qualidade dos serviços e o mutirão social pela saúde. Este documento apresenta sérios problemas, dos quais se destaca que: não articula a discussão de recursos humanos com a política de pessoal; não explica a proposta de parceria com a família e a iniciativa privada; aponta para a terceirização através dos contratos de gestão. (BRAVO; MATOS, 2008, p.205).

Segundo Bravo (2008), existem dois projetos que vivem em tensionamento, sendo o primeiro o da Reforma Sanitária, desenvolvido na década de 1980 e amparado pela Constituição de 1988, e o segundo, é um projeto que procura a mercantilização e privatização da saúde, proveniente da segunda metade da década de 1990. Sobre isso, Wiese (2003, p. 89) diz que:

Há a difusão de um discurso habilidoso por parte dos dirigentes e defensores do neoliberalismo que a CF/1988 vem impedindo a efetivação das reformas necessárias do Estado. Este é o discurso que se encontra para justificar a ausência de investimentos e garantias das políticas sociais.

Cabe aqui ressaltar que este discurso é, na verdade, uma estratégia para que haja uma percepção do Estado como incapaz e ineficiente de gerir e administrar as políticas sociais, mostrando assim os ideais neoliberais como a solução. É válido aqui colocar em debate a política de saúde na atualidade, começando então pelo governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, nos seus dois mandatos.

1º Mandato 2003-2007:

Partindo da análise do primeiro mandato de Lula, compreendido entre os anos de 2003 a 2007, Menicucci (2011), destaca que na campanha eleitoral, Lula não colocou em foco a saúde, entretanto,

no plano de governo havia referência a propostas que seriam implantadas posteriormente e que seriam as principais inovações setoriais do primeiro mandato. Tratam-se das propostas relativas a uma política de saúde bucal, à questão das urgências/emergências, ao acesso a medicamentos com a proposta de criação da farmácia popular. O Plano incluía ainda outras propostas com caráter de continuidade, mas nem de longe menos importantes dado tratar-se de questões não equacionadas, como a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), o reforço da atenção básica, o aprimoramento das relações intergovernamentais, a ampliação do acesso e a garantia da integralidade da assistência – esses dois últimos, embora integrem os princípios do SUS expressos na CF-1988, continuam sendo os grandes desafios da política de assistência à saúde no longo e difícil processo de sua construção (MENICUCCI, 2011, p. 524).

Entre as principais ações e os principais programas relacionados à política de saúde criados no período do primeiro mandato do ex-presidente Lula, é possível citar:

- a)** Programa Brasil Sorridente: considerado a primeira política de saúde bucal [...], com o intuito de expandir o cuidado odontológico de forma mais universal e em níveis mais complexos;
- b)** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências
- c)** Programa Farmácia Popular: constituído por uma rede de drogarias privadas credenciada para vender produtos com até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental;
- d)** Ampliação da Atenção Básica: através do Programa Saúde da Família (PSF) com aumento de 57% no número de equipes de saúde (Freitas, 2007); aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica [...]; expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dando impulso à Reforma Psiquiátrica com intenção de “desospitalização” através do Programa Psiquiátrico Hospitalar no SUS;
- e)** Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED) e a fixação de normas para o controle de preços desses produtos; o apoio aos laboratórios oficiais; a isenção de ICMS para medicamentos de alto custo; o reforço aos medicamentos genéricos; além da convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – expressão da prioridade dada ao tema na agenda governamental;
- f)** Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (2004-2007), ações voltadas para a saúde da criança e do adolescente, entre essas a tentativa de articular o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DST/AIDS, além da educação sexual nas escolas, tentando prevenir DST e gravidez na adolescência;
- g)** Ações para a Saúde do trabalhador, buscando implantar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST);
- h)** Ações relativas à saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados. No campo de ações focalizadas em grupos específicos, cabe ainda mencionar a aprovação, em 2003, do Estatuto do Idoso, com um capítulo específico voltado para a saúde e com uma sinalização no sentido de suprimir o processo asilar e atuar na promoção e recuperação da saúde do idoso.

i) Pacto pela Saúde: é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão [...] (MENICUCCI, 2011, p.525).

Com relação ao segundo mandato, compreendido entre os anos de 2007 a 2011, Menicucci (2011), destaca que o Programa de Governo do ex-presidente Lula contava com 13 pontos relacionados à saúde, e ainda que a inovações tenham sido poucas, optou-se por dar continuidade aos programas criados no 1º mandato. Algumas ações que ocorreram em colaboração com o Ministro Temporão foram:

- a) Menção a tabus como o abortamento inseguro e a propaganda de bebidas alcoólicas, seguida pela quebra do licenciamento de um dos medicamentos utilizados para o tratamento de pacientes HIV positivos.
- b) Enfatiza a importância das ações intersetoriais para a saúde e de articular esforços nesse sentido, podendo ser destacados alguns exemplos, como o fato de se passar a considerar os acidentes de trânsito como epidemia e o lançamento da Campanha de Prevenção dos Riscos de Consumo de Bebida Alcoólica.
- c) Traz também para o debate público a chamada “Judicialização da Saúde”, ao criticar publicamente as ações na justiça para a obtenção de cobertura de procedimentos não regulamentados.
- d) A proposta de reorganização e incremento dos investimentos no complexo produtivo da saúde é vinculada ao aumento da produção de insumos estratégicos para conferir maior autonomia à política de saúde com redução da dependência tecnológica e vai redundar no “PAC da Saúde”, nome atribuído ao **Programa Mais Saúde**.
- e) Reforço da atenção básica por meio da expansão do PSF, da qualificação dos profissionais de nível superior do PSF, do Brasil Sorridente e do trabalho de agentes comunitários de saúde, agora acrescido de atividades a serem desenvolvidas no âmbito das escolas.
- f) Saúde na Escola; o tratamento da hipertensão e do diabetes; o planejamento familiar; a ampliação do acesso a serviços especializados; ações de investimento em infraestrutura, duplicação da cobertura do Samu; implantação de complexos reguladores, com finalidade de melhorar o acesso a internações; implantação de novas formas de compra de serviços, com contratualização com hospitais filantrópicos

A expansão da estratégia Saúde da Família segue sendo prioridade do Ministério da Saúde. Entre 2007 e 2008 foram criadas 2.500 novas equipes de Saúde da Família; em 2008 foram criados os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família** (NASFs) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), que dispõem de estrutura física adequada para atendimento e profissionais de diferentes áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Na área de saúde bucal, foram acrescentadas 2.569 equipes de Saúde Bucal para atenção básica e instalados 176 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que oferecem ações especializadas (MENICUCCI, 2011, p. 526).

Ao analisar as ações do ex-presidente Lula em seus dois mandatos, Menicucci (2011) diz que:

O direito à saúde implica a garantia pelo Estado da adoção de políticas públicas que evitem o risco de agravo à saúde, devendo ser consideradas todas as condicionantes da saúde, como meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação, bem como a garantia de ações e serviços de saúde que promovam, protejam e recuperem a saúde individual e coletiva. É a partir dessa concepção do direito à saúde que se pretendeu analisar a atuação do governo Lula. Se no âmbito setorial não se verificaram mudanças ou ações de maior envergadura, o saldo em relação aos determinantes da saúde foi extremamente positivo. [...]. Mas pode-se dizer que o Brasil se tornou um pouco mais saudável pela via das políticas econômicas e sociais (MENICUCCI, 2011, p. 531).

Posterior ao governo Lula, tem-se o governo de Dilma Rousseff, que iniciou seu primeiro mandato em 01 de janeiro de 2011, reeleger-se e então sofreu um processo de impeachment sendo definitivamente afastada do cargo em 31 de agosto de 2016. Com dificuldades na preservação dos princípios do SUS, em parte devido ao aumento do modelo da lógica privatizante (como as organizações sociais (OS), as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs) e as Fundações Estatais de Direitos Privado), as principais ações da ex-presidenta na área da saúde foram:

- a) Criação do Projeto de Lei nº. 1.749/2011 que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) [...]. Trata-se de um claro processo de privatização dos serviços públicos, uma vez que esta empresa pode contratar funcionários através do regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como também, por contrato temporário de até dois anos. A empresa tem como finalidade implantar a lógica de Mercado, a qual prevê a rotatividade de pessoal e a regressão da autonomia universitária.
- b) Uma das promessas de seu governo foi o lançamento, em 2011, da segunda edição do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2) na área da saúde, prevendo a construção e reforma de unidades básicas de saúde (UBS), unidades de pronto-atendimento (UPA) e ações de saneamento nos municípios. O Conselho Federal de Medicina publicou em seu site o resultado do acompanhamento dessas obras e afirma que das 23.196 ações sob responsabilidade do Ministério da Saúde ou da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), apenas 3.821 foram finalizadas até o presente momento, o que corresponde a 16,5% da totalidade. O artigo afirma que quase 40% das obras continuam como projetos, ou seja, em processos de estudo, licitação ou licenciamento e conclui pelo descaso do governo federal frente aos investimentos na área da saúde.
- c) Criação do Programa Mais Médicos, o qual destinou-se a ampliar a atenção básica, fixando médicos em regiões onde havia carência ou inexistência desses profissionais. Como justificativa para o não preenchimento das vagas por profissionais brasileiros foram trazidos médicos de Cuba, os quais enfrentaram a resistência e a crítica das entidades de classe brasileiras como o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos e a Associação Médica Brasileira. Estas argumentaram que a falta de médicos se deu em virtude das precárias condições de trabalhos, de insumos e de equipamentos de saúde nestas localidades.

- d)**Incluiu no calendário oficial das vacinas a anti-HPV voltado às meninas de 09 a 13 anos, como também a vacina contra a Hepatite A para crianças de 01 a 02 anos.
- e)**Ampliou o programa medicamentoso com o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” ofertando medicamentos para hipertensão e diabetes, porém, mantendo as parcerias com farmácias privadas (ESCORSIM, 2015, s/n.).

Por fim, o que se observou a respeito da gestão da ex-presidenta, é que havia uma aparente aderência ao ideal neoliberal, além de demonstrar descaso com os princípios do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade, tendo em vista que a maioria das ações possuía um caráter pontual, seletivo e focalizado.

Uma das ações que impactaram a política de saúde do Brasil se deu na gestão de Michel Temer (anteriormente o vice-presidente de Dilma Rousseff, assumiu a presidência após o processo de impeachment da mesma) é a aprovação PEC 241 na Câmara Federal de Deputados (ou, como foi tramitada no Senado, PEC 55) e atual Emenda Constitucional nº 95 (EC/95). A referida EC/95 estabelece um teto para os gastos do governo federal por 20 anos. A saúde e a educação entrarão para a regra a partir de 2018, porém o congelamento dos gastos só será revisado passado dez anos. Esse teto de gastos está posto a partir da inflação enquanto limite, mas para que alguns gastos possam extrapolar a inflação, cortes em outras áreas deverão ser feitos. Em suma, o governo não teria então aumento nenhum nos gastos.

Parte da polêmica que paira sobre essa proposta está no fato de que esse congelamento de gastos pode vir a trazer consequências negativas para áreas como a saúde, que poderia vir a não ter mais investimentos. Ainda que seja cedo para saber as reais consequências da PEC 241, se sabe que medidas de austeridade como essa podem trazer impactos problemáticos para as áreas “sociais”.

Se na saúde foi necessário um movimento como a Reforma Sanitária para que ela obtivesse um caráter mais democrático e integral, na Saúde Mental o que houve foi um movimento caracterizado pela desinstitucionalização dos pacientes.

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Os asilos eram considerados um espaço terapêutico e a psiquiatria, a detentora da verdade em relação à doença mental e apesar de as críticas aos hospitais psiquiátricos antecederem a Segunda Guerra Mundial, foi apenas nessa época que essas críticas ganharam força para servirem de base a um novo ideário.

Após a Segunda Guerra Mundial, num contexto de crescimento econômico, reconstrução social e desenvolvimento dos movimentos civis, que passaram a debater acerca da realidade política, econômica e ética, surgiram vários movimentos psiquiátricos que questionavam a eficácia da instituição asilar e/ou o saber psiquiátrico dominante (WILLRICH, 2008, p. 68).

Ao final da guerra, a conjuntura que se tinha era um custo de vida muito elevado na maioria das cidades por falta da mão de obra ativa, que era o que sustentava a economia e “só na França, registrou-se a morte de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, pela má alimentação e maus cuidados” (BIRMAN; COSTA, 2002, p. 45). Dessa forma, os asilos se tornaram produtores e mantenedores da doença mental. A situação em que os pacientes se encontravam não estava mais sendo aceita, já que os mesmos viviam de forma deprimente, ficavam ociosos e passíveis de qualquer atividade (WILLRICH, 2008). Esse panorama que se via nos asilos foi o que inspirou profissionais da área, como Hermann Simon, criador da Terapia Ocupacional, a reavaliar e reformular o espaço asilar. Esse modelo de terapia, mantido no asilo, se tornou então a referência para as Comunidades Terapêuticas (CTs).

Sobre as CTs, a distribuição dos pacientes em grupos menores de discussões e atividades trouxe mais eficácia ao tratamento, sendo que alguns profissionais adotaram as mesmas estratégias usadas para a reintegração social de soldados que foram marginalizadas e que tinham dificuldades para lidar com suas emoções.

O advento da comunidade terapêutica influenciou a assistência e formação psiquiátrica em todo o mundo, servindo mais tarde de ponto de referência para a construção da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática Italiana. Além disto, o seu mérito reside no fato de ter colocado em evidência, pela primeira vez, todas as contradições fundamentais da realidade institucional. No entanto, esse movimento apresentava limitações por sua proposta estar reduzida ao espaço asilar (WILLRICH, 2008, p. 72).

Houve um outro movimento com proposta de mudanças para o espaço asilar, que foi nomeado de psicoterapia institucional, pois tinha como hipótese a necessidade de tratar não apenas o doente, mas a instituição como um todo também.

As mudanças que as comunidades terapêuticas, assim como a psicoterapia institucional, trouxeram para a forma de pensar o tratamento das doenças mentais é considerada positiva, entretanto, não soluciona uma questão muito importante, que é a exclusão social sofrida por quem tem doença mental, sempre reforçando os hospitais psiquiátricos e asilos como espaços para os doentes mentais, uma lógica alienista.

Segundo Willrich (2008), a Psiquiatria de Setor foi um terceiro movimento que surgiu na França pós Segunda Guerra Mundial e é compreendida como um movimento de contestação da psiquiatria asilar. A política de setor tinha como premissa estruturar o serviço público de forma que o acesso universal dos atendimentos fosse de qualidade, tendo como consequência, não apenas uma outra forma de psiquiatria, mas também de saúde pública. Com a territorialização dessa assistência à saúde, houve um conhecimento melhor da população e a aproximação entre serviço e população.

A psiquiatria de setor foi adotada como política oficial de saúde mental em 1960. [...]. Assim, foram criadas uma série de instituições que tinham por objetivo a prevenção, o tratamento, e a pós-cura das doenças mentais. Dando prioridade para o tratamento do paciente em seu contexto sociocultural, antes ou depois, de uma internação psiquiátrica (WILLRICH, 2008, p.77, p.78).

As mudanças que se esperava alcançar com os movimentos como a psiquiatria de setor não foram consolidadas, em parte devido a intelectuais que discordavam dessas abordagens e em parte devido a setores conservadores que temiam a presença dos “loucos” nas ruas, mas principalmente devido a questões de ordem econômica, pois isso não era considerado prioridade aos órgãos assistenciais.

Nos anos 1960, devido a crise política nos Estados Unidos da América consequente da Guerra do Vietnã, surgiu a psiquiatria preventiva (ou comunitária), que tinha como propósito a prevenção (nos níveis primários, secundários e terciários), sendo que a grande mudança constava na prevenção primária, que previa a intervenção no que poderia causar a doença. Com essa perspectiva, criou-se o conceito de crise, como o “grande momento de desajuste” e o trabalho se desenrola ao tentar restabelecer o equilíbrio do indivíduo, promovendo, então, Saúde Mental.

A crise em si não se caracteriza como doença mental, mas sua recorrência repetida pode ser uma facilitadora para a doença mental causar mais prejuízos, e é aí que o objeto da

psiquiatria está na prevenção das crises. Dessa forma, a reforma na psiquiatria convergiu para a desinstitucionalização, portanto:

A internação pode produzir a dependência do paciente, e cronificação na medida em que acelera a perda dos elos comunitários, sociais, familiares e culturais. Para alcançar tal objetivo, ampliou-se a oferta de serviços extra-hospitalares, (centros de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas protegidas, lares protegidos, entre outros) (WILLRICH, 2008, p. 79).

Segundo Willrich (2008), o psiquiatra Franco Basaglia foi o responsável por levar as experiências das Comunidades Terapêuticas e da psiquiatria institucional para a Itália, quando no hospital de Gorizia juntou esforços para cessar a internação manicomial, porém quando requisitou à administração que o hospital fosse fechado, obteve uma recusa, decidindo, então, se demitir, assim como sua equipe, mas antes, assinaram uma declaração de alta para todos os pacientes.

Quando, em 1971, Basaglia chegou ao Hospital Psiquiátrico San Giovanni, em Trieste, articulou inúmeras mudanças no atendimento dos pacientes e cessou as internações. No período, cerca de sete centros de saúde foram criados, com funcionamento de vinte e quatro horas por dia, responsáveis pelas demandas locais (WILLRICH, 2008).

No Brasil, esse período de reforma psiquiátrica ocorreu no começo dos anos 1970, teve sua crítica formulada em cima de paradigmas psiquiátricos, como as políticas de saúde mental, as instituições e o saber psiquiátrico. A forma como o louco era tratado em outros países antes da reforma psiquiátrica não se diferenciava do tratamento recebido no Brasil:

Nesse país, tradicionalmente, o modelo de tratamento em saúde mental esteve pautado no isolamento, na tutela, na vigilância, na repressão e na disciplina, sendo que o espaço onde se desenvolviam essas ações era o manicômio, onde o sujeito era visto como dotado de uma periculosidade social (PEREIRA; GUIMARÃES, 2014, p. 87).

Esse caráter hospitalocêntrico predominou até que o movimento da reforma psiquiátrica ganhou força no país, em conjunto com a luta pela redemocratização do Brasil e a Reforma Sanitária.

Nesse período, com a mobilização e pressão dos Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, além da influência favorável do contexto internacional,² a questão da saúde mental passa a ganhar visibilidade pública; fato, esse, que a levou a sua concretização como uma política pública e social, com ações legais partindo do Estado, voltas às pessoas com transtorno mental, agora consideradas sujeitos de direitos (PEREIRA; GUIMARÃES, 2014, p. 88).

Sendo assim, ao olhar para os processos históricos que levaram ao movimento da desinstitucionalização, se encontram estimuladores para tal movimento e que foram listados por Vasconcelos (2002):

- a)** Contextos históricos de guerra: ênfase na solidariedade nacional e investimento na reabilitação de soldados e/ou civis com problemas relacionados à guerra. [...]
- b)** Conjunturas históricas de escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano: estímulo ao investimento na reabilitação de grupo populacionais considerados como improdutivos. O processo inverso também foi constatado.
- c)** Processos de transição demográfica, com aumento da população idosa, desestruturação e transformação das estruturas convencionais, aumento do número de arranjos domiciliares de famílias matrifocais e de pessoas sozinhas, e de ocupação do mercado formal de trabalho pela mulher; ampliação de serviços sociais substitutivos ou de suporte ao cuidado informal prestado pela família e pelas mulheres no âmbito doméstico e mudanças em direção a uma crescente individualização.
- d)** Conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência de movimentos sociais populares em geral, processos políticos sociais de afirmação dos direitos civis e políticos [...], e organização e avanço de movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares atuando diretamente no campo de saúde mental [...]
- e)** O desenvolvimento de sistemas maciços de bem-estar social e/ou contextos de afirmação dos direitos sociais: ampliação de programas e seguros sociais para os grupos populacionais dependentes em geral, incluindo os doentes mentais, tanto de corte estatal, público não estatal [...], privado ou formas mistas [...].
- f)** Paradoxalmente, políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas em geral induzem a processos de desospitalização, já que a manutenção das instituições psiquiátricas convencionais constitui item de custo elevado para o Estado. Nessa modalidade, a tendência é gerar processos sem garantia de assistência na comunidade, provocando negligência social e aumento da população de rua, incluindo portadores de transtorno mental [...].
- g)** Mudanças nas formulações epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e particularmente no campo psi: crítica aos paradigmas convencionais em psiquiatria e do poder dos diversos profissionais [...].
- h)** O desenvolvimento de terapêuticas psicofarmacológicas a partir dos anos 50, com os neurolépticos, possibilitando maior controle dos sintomas mais disruptivos e o tratamento em ambientes menos coercitivos e menos isolados.
- i)** Estratégias de aggiornamento (modernização) e/ou humanização por parte de setores da corporação médica para responder às críticas à psiquiatria convencional, torná-la mais eficaz e integrada ao resto da medicina e para aumentar as possibilidades de trabalho com uma clientela mais vasta ou de maior renda [...] (VASCONCELOS, 2002, p.20-22).

Conforme preconiza a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, a respeito da Reforma Psiquiátrica, que reconceitua os tratamentos de Saúde Mental, o CAPS se baseia nos

princípios dos Conselhos Federais de Serviço Social, de Medicina e de Psicologia, sendo assim é espaço de luta, resistente à lógica asilar, manicomial e de institucionalização. E é nessa perspectiva, de trazer aos “loucos” a cidadania, que são formados os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço de média complexidade inserido na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Mateus (2013) *apud* Dias (2007) elenca as três fases de desenvolvimento dos CAPSs, sendo eles:

1. 1987-1991: Período em que os serviços implantados tinham caráter experimental. Essas experiências eram fortemente ligadas a iniciativas políticas sensibilizadas por referenciais da reforma psiquiátrica.
2. 1991-2002: Nesse período existiam já formas de repasse financeiro às secretarias que optassem por implantar serviços de tratamentos psiquiátricos alternativos aos hospitais como os CAPS, NAPS e hospitais-dias.
3. 2002-dias atuais: Nesse período, o formato dos CAPS, seus procedimentos, equipe e papel social estavam consolidados, assim como as formas de incentivo financeiros para implantação e manutenção (MATEUS, 2013 *apud* DIAS, 2007, p. 139).

Antes de detalhar o serviço prestado nos CAPSs, é importante entender o que compõe a RAPS, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1- Serviços da RAPS

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); • Consultório de Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral; • Serviço Hospitalar de Referência Para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso

	de crack, álcool e outras drogas.
Estratégia de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Empreendimentos Solidários e Cooperativas sociais.

Fonte: Elaboração própria (2017).

Os CAPSs são um serviço público estatal de média complexidade vinculado às Secretarias Municipais de Saúde das Prefeituras Municipais, destinados ao atendimento à Saúde Mental de usuários com sofrimento psíquico, tendo sua especialidade definida pela portaria Ministerial (GM N336) na segunda modalidade de atenção psicossocial. O CAPS se insere na Política Nacional de Saúde – Lei N.º 8.080/1990 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Já a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, “busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade” (BRASIL, 2004, s/n).

Existem diferentes modalidades de CAPS, divididos conforme sua complexidade: CAPS I, CAPS II e CAPS III, sendo que os serviços podem ser direcionados para públicos específicos, ou seja, CAPS i (para menores de 18 anos) e CAPSad (destinado a pessoas com transtornos mentais agravados ou causados por uso de álcool e drogas). Conforme tabela abaixo, se destaca que a maior diferença entre as três modalidades diz respeito aos horários de funcionamento e composição das equipes, já que o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica trouxe a necessidade de ampliar as profissões que atuam na Saúde Mental, assim como o tratamento, antes tão reduzidos ao saber psiquiátrico.

Tabela 2 - Modalidades de CAPS

Tipo de unidade	CAPS I	CAPS II	CAPS III
Tamanho da população do município no qual podem ser criados	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	Acima de 200.000 habitantes
Horários de funcionamento*	De 8 às 18h, em 2 turnos, cinco dias úteis na semana	De 8 às 18h, em 2 turnos, cinco dias por semana, podendo haver um terceiro turno funcionando até às 21h	24h, sete dias da semana
Máximo de vagas para cuidado intensivo por mês, financiadas pelo SUS	25	45	60
Equipe mínima Médico	1 médico com formação em	1 médico psiquiatra	2 médicos psiquiatras

	saúde mental		
Enfermeiro	1 enfermeiro	1 enfermeiro com formação em saúde mental	1 enfermeiro com formação em saúde mental
Profissionais de nível superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	3	4	5
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	4	6	8

*Desde agosto de 2012 os CAPS I e II podem funcionar em acolhimento noturno, desde que credenciem leitos de acolhimento (MATEUS, 2013, p.140).

Fonte: Portarias GM n.º336, de 2002 e SAS, n.º189, de 2002 (BRASIL, 2004).

Os CAPSs fazem parte da RAPS e do SUS, oferecendo então atendimento por equipes multiprofissionais aos usuários que são compostas por funcionários públicos, enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais entre outros. Quanto ao acesso ao serviço, ele pode ser através de encaminhamentos dos Centros de Saúde após o usuário ser avaliado pela Estratégia de Saúde da Família e NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), ou então por demanda espontânea.

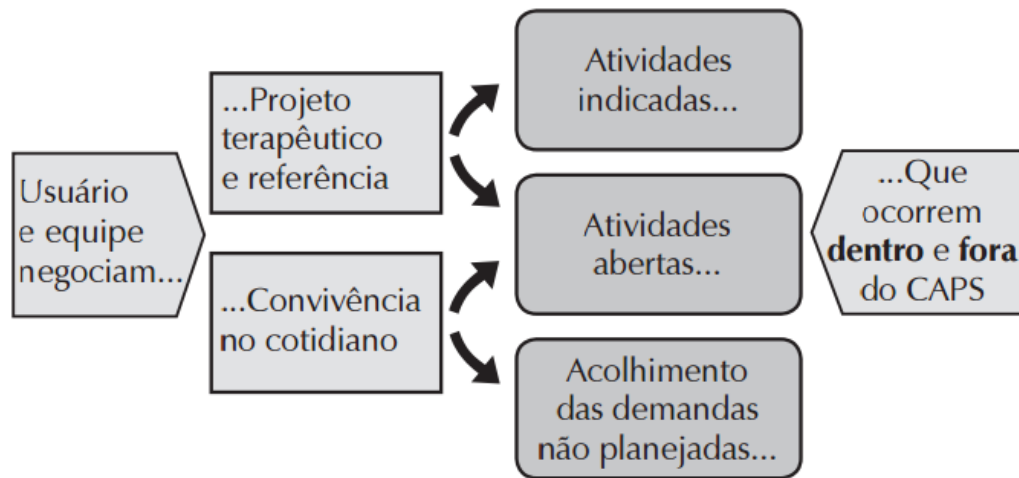
Além do atendimento a Saúde Mental, o tratamento no CAPS se dá ao enxergar a totalidade do sujeito, de forma integral, ou seja, para além do sofrimento psíquico, analisando também as possíveis expressões da questão social que possam vir a ser uma demanda para esse usuário, articulando intersetorialmente as Secretarias de Assistência Social, Educação e outras.

Segundo Mateus (2013), há uma estrutura para as ações do CAPS, pois não são aleatórias e sim organizadas e fundamentadas. A primeira ação seria o *Acolhimento*, considerado a porta de entrada do serviço. O termo é usado para caracterizar o primeiro momento de um usuário no serviço, serve como uma espécie de triagem onde o profissional responsável ouve a pessoa que está na sua frente e analisa se o serviço é o lugar apropriado para atender a sua demanda, decidindo então encaminhar a pessoa para um outro serviço que seja mais adequado ou ao CAPS, etc.

Chamado de Ambiência, é todo momento caracterizável como terapêutico que não ocorre em nenhum grupo ou atividade proposta pelo serviço. São momentos que os profissionais devem aproveitar para se aproximarem dos usuários buscando a criação de vínculos, esses momentos podem ser na hora da medicalização, na hora da chegada, tomando

um café, enfim. Para que momentos assim ocorram, depende dos profissionais para criar facilitadores para tal.

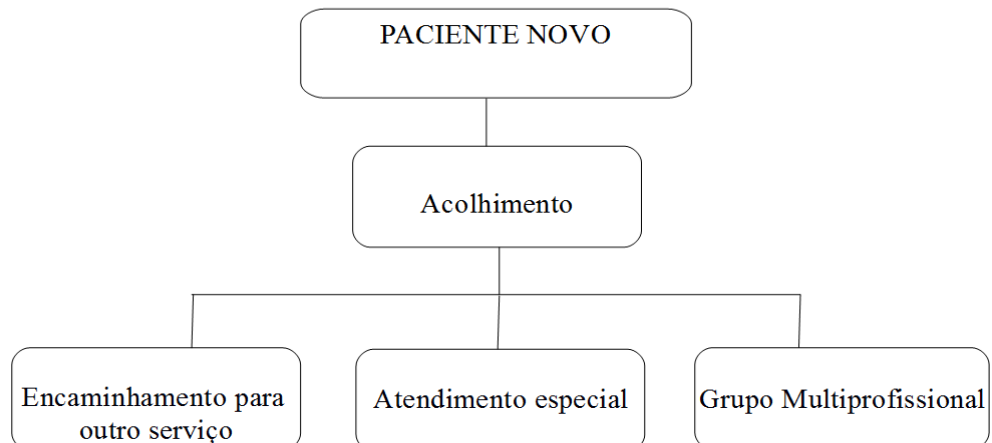
Uma terceira ação seriam as Atividades, que articulam todas as ações desenvolvidas no serviço para então formar um Projeto Terapêutico Singular (PTS), essas atividades que podem vir a compor um PTS não precisam ser necessariamente coordenadas pelos profissionais, pois aí entram também, por exemplo, assembleias de usuários. Para ilustrar como essa ação é pensada:

Figura 1 - Ações do CAPS

Fonte: Mateus (2013, p.303).

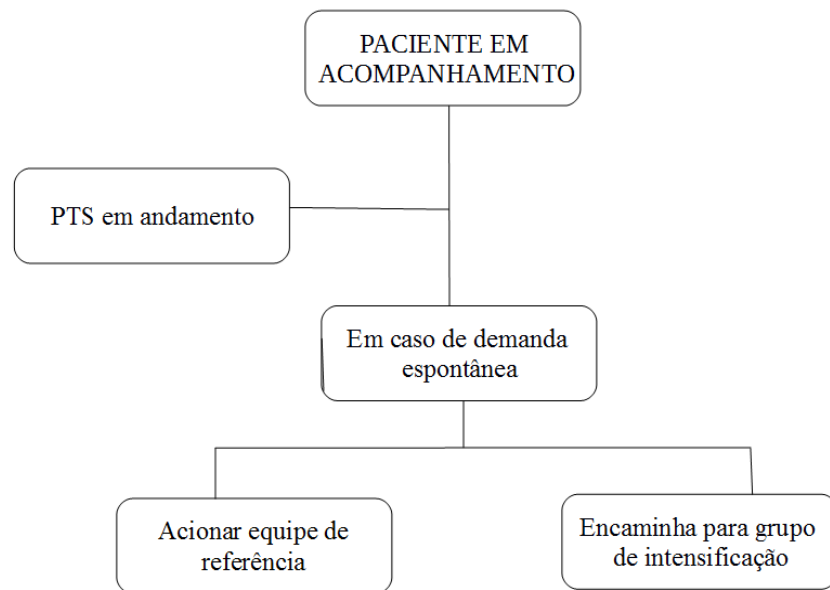
Sobre o PTS, ele é um recurso com origem na clínica ampliada e na política nacional de humanização em saúde, e é entendido como fundamental para o tratamento de saúde mental, podendo ser composto por práticas individuais, coletivas, familiares ou territoriais. São essenciais no tratamento porque vão além do indivíduo, buscando compreender a realidade em que vive, e são produto de uma equipe de profissionais que juntos e em acordo com o usuário, formulam uma gama de atividades que devem então beneficiar o usuário, promovendo reabilitação psicossocial.

Sendo assim, o CAPS possui uma espécie de protocolo para o atendimento, variando entre “paciente novo” ou “paciente em acompanhamento”, conforme a seguir:

Figura 2 - Atendimento à paciente novo

Fonte: Mateus (2013, p.303).

Figura 3 - Atendimento à paciente em acompanhamento



Fonte: Elaboração própria, com base no serviço do CAPS (2017).

Os procedimentos realizados no CAPS que podem então compor um PTS são nomeados de RAAS (registro ambulatorial de ações de saúde), conforme a Portaria n.º 854/SAS, de 22 de agosto de 2012. Todos os procedimentos são registrados nos prontuários dos usuários que os fazem, sendo assim, ao realizar alguma atividade ou atendimento, o profissional deve evoluir um resumo detalhando como foi essa ação. Essa evolução ficará visível para os profissionais de serviços da atenção básica e da média complexidade que entrarem no prontuário do usuário. Para salvar a evolução, o sistema, chamado de InfoSUS apresenta uma lista de resumo dos procedimentos para que o profissional selecione uma que caracterize a ação realizada. Abaixo, um resumo dos procedimentos:

- a) Acolhimento inicial;
- b) Acolhimento diurno;
- c) Acolhimento noturno;
- d) Atendimento individual de paciente;
- e) Atendimento familiar;
- f) Atendimento de paciente em grupo;
- g) Práticas expressivas e comunicativas;
- h) Práticas corporais;
- i) Atenção às situações de crise;
- j) Atendimento domiciliar para pacientes e/ou familiares;

- k) Ações de reabilitação psicossocial;
- l) Promoção de contratualidade;
- m) Matriciamento de equipes da atenção básica;
- n) Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência;
- o) Ações de articulação de redes intra e intersetoriais;
- p) Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares;
- q) Acompanhamento de serviço residencial terapêutico.

Finalmente, vale aqui destacar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) enumera dez principais áreas de ação quando se fala em política de saúde mental, tendo em vista a complexidade desses processos que a priorização de um ponto ou outro depende muito de cada profissional. As dez áreas principais para a ação na política de saúde mental (WHO, 2009, s/n.) são:

1. Organização dos serviços, planejamento e orçamento;
2. Financiamento;
3. Legislação e direitos humanos;
4. Oferta e distribuição de medicamentos;
5. Recursos humanos e treinamento;
6. Sistema de informação;
7. Melhora da qualidade das intervenções;
8. Defesa dos direitos;
9. Avaliação da política e planos de saúde mental;
10. Áreas de especial interesse (por exemplo, infância e adolescência).

Assim, para que essas ações possam ser efetuadas, a OMS também elaborou as dez estratégias para uma política de saúde mental:

1. Prover tratamento para transtornos mentais integrados aos cuidados primários;
2. Assegurar amplo acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais;
3. Prover cuidados na comunidade;
4. Educar o público;
5. Envolver comunidade, famílias e usuários;
6. Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais de saúde mental;
7. Desenvolver recursos humanos;
8. Estabelecer vínculos com outros setores;
9. Monitorizar a saúde mental comunitária;
10. Apoiar pesquisas relevantes (OMS, 2001, s/n.).

Com a desinstitucionalização e as mudanças que a Reforma Psiquiátrica trouxe para o tratamento em Saúde Mental, a responsabilidade pelo cuidado da pessoa com sofrimento psíquico passou a ser em parte da família, já que havia uma falta de serviços que atendessem essas pessoas, tornando a família uma rede de proteção e cuidados, independentemente de a família ter ou não condições. A (re) inserção da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade trouxe impactos para a família, que agora precisa saber lidar o sofrimento psíquico e auxiliar no tratamento. É por isso que o capítulo seguinte pretende abordar o tema família, considerando o papel que ela ocupa no tratamento de Saúde Mental.

3 FAMÍLIAS E SAÚDE MENTAL

Este segundo capítulo pretende apresentar o estudo de famílias a partir da perspectiva do Serviço Social, considerando a família em seu conceito ampliado, não naturalizando-a e compreendendo seus diferentes formatos. Também cabe aqui explicar sobre a importância da família para o usuário em tratamento de Saúde Mental.

3.1 O ESTUDO DE FAMÍLIAS NO SERVIÇO SOCIAL

Primeiramente, vale destacar que “famílias” é um tema de difícil discussão devido à proximidade que temos dele, segundo Sarti (1995, p.39),

Vários estudiosos da família começam seus trabalhos comentando a dificuldade particular que o assunto oferece por remeter a uma realidade que nos é muito próxima e que se confunde com o que nós somos, com nossa identidade pessoal. Exige, assim, um esforço de distanciamento nem sempre fácil. Se esse é um problema comum aos estudos sobre a famílias, acrescenta-se outro à análise das famílias hoje, pela extraordinária rapidez da mudança nas suas relações internas nas últimas décadas.

Falar de famílias no contexto da Saúde Mental é importante, pois a concepção adotada pelo profissional pode interferir de forma positiva ou negativa no tratamento do usuário, além disso, esse tema é de importância para o próprio usuário e sua família, como será abordado mais adiante. Sendo assim, cabe ressaltar que:

Na família, dão-se os fatos básicos da vida: o nascimento, a união entre os sexos, a morte. É a esfera da vida social mais naturalizada pelo senso comum, onde parece que tudo se dá de acordo com a natureza, porque a família regula atividades de base biológica, como o sexo e a reprodução humana. A família constitui, então, um terreno privilegiado para estudar a natureza e a cultura (SARTI, 1995, p.40).

Considerando a diferenciação do homem dos outros animais, o homem enquanto ser cultural é possibilitado de realizar certas escolhas, deliberando e decidindo sobre fatos da vida e como vivê-los. Como resultado, temos o parentesco, cujo estudo se dá através de como são formados os elos básicos da vida, atribuindo significado às suas escolhas (SARTI, 1995).

Se primeiramente se obtinha uma visão biológica da família, ou seja, meramente exercendo funções biológicas, a adaptação dessa visão também apresentou imprecisões, que seria alocar nas famílias uma função econômica, dada através de uma lógica prática. Levando em conta que o capitalismo separou a produção, enquanto esfera pública, da família, a mesma

deixou de ser uma “unidade de produção”, se tornando esfera privada da vida social e constituindo, em sua função econômica, “unidade de consumo” (SARTI, 1995). A razão pela qual a família é constituída, é então entendida como organização da vida material (e para os pobres, questão de sobrevivência).

Há o pressuposto de uma racionalidade na organização das famílias que ordena o significado de suas relações e uma recusa da dimensão simbólica, quando esta não traduz uma dimensão prática, como se o sistema simbólico fosse apenas uma variável dependente da vida material (SARTI, 1995, p.42).

Ainda sobre os primeiros passos para que então se possa estudar a família, existe uma atitude a respeito da família que se mostra necessária, a de “dissolver sua aparência de naturalidade, percebendo-a como criação humana mutável” (BRUSCHINI, 1993, p.50), ou seja, a família, em sua relação com a realidade social, se transforma, de forma que a não-naturalidade e a mutabilidade a caracterizam.

Essa perspectiva a respeito do que é a família implica em entendê-la como uma instituição não-natural, mas sim produto da sociedade, história e cultura, tomando diferentes formas em diferentes sociedades, ou até mesmo, diferentes formas em uma mesma sociedade. As diferentes formas das famílias são obtidas, por sua vez, como produto de determinações sociais, históricas, econômicas e culturais, se diferenciando entre as classes e até mesmo dentro de uma mesma classe. Finalmente, a família se revela uma instituição dinâmica e contraditória (TEIXEIRA, 2013).

Nesse contexto, visa-se desfazer a equívoca noção de natureza humana a-histórica, com o senso comum, e com as perspectivas que tratam a família como constante social invariável. O segundo passo é romper com as concepções que tratam a família como interiormente homogênea e apreciável em qualquer contexto social e histórico (TEIXEIRA, 2013, p. 24).

A família então, diferente da concepção dada pelo senso comum, não é necessariamente um bloco homogêneo e harmonioso, mas sim

Um grupo social composto de indivíduos diferenciados por sexo e idade, que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções; ela não é uma soma de indivíduos, mas um conjunto vivo, contraditório e cambiante de pessoas com sua própria individualidade e personalidade (BRUSCHINI, 1993, p.76).

Quando se esbarra na perspectiva da família enquanto lugar homogêneo e harmonioso, se ignora a realidade de muitas famílias, que são marcadas por divergências, conflitos,

hierarquia, relações de força e poder, ainda que também sejam marcadas por solidariedade e compreensão (TEIXEIRA, 2013).

É possível, então, compreender a família como “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas, ou não, por laços consanguíneos” (MIOTO, 1997, p. 120). Por isso é possível destacar que:

Trata-se de uma visão ampliada e atual de família, posto que as pessoas que convivem em uma ligação afetiva duradouras podem ser um homem e uma mulher e seus filhos biológicos; mas também um casal do mesmo sexo, ou apenas a mulher com seus filhos legítimos ou adotados, e outra infinidade de arranjos (TEIXEIRA, 2013, p.25).

Entender as funções que a família tem desempenhado ao longo dos anos é tão importante quanto estudar as diferentes concepções atribuídas ao tema. Historicamente a família sempre teve uma função de auxiliadora do Estado no que diz respeito a proteção dos indivíduos e isso é reforçado em países de origem católica. Essa função gerou nas famílias uma sobrecarga, já que em muitos casos não se encontravam com condições financeiras (e não apenas financeiras) de exercer essa função. Sendo assim,

Em relação às funções da família, essas também são históricas; foram se constituindo ao longo do tempo, e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica. Na sociedade capitalista, essas funções vão desde a reprodução biológica, material, à reprodução social de seus membros, como a manutenção da estrutura familiar e da sociedade, além de ser também o lócus da estrutura psíquica do indivíduo, como espaço de geração de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença, de grupo, espaço de solidariedade primária. Todavia, como já ressaltado, é também espaço da hierarquia, da autoridade, da dominação pela idade e sexo; logo, espaço de conflitos e relação de forças (TEIXEIRA, 2013, p.26).

O que prevalece é a certeza de que independente do formato ou modelo que se encontra em uma família, ela ainda possui um lugar de destaque na história da humanidade, tendo em vista sua importância para o desenvolvimento pessoal, sendo através da família que aprendemos a conviver e a ser o que somos.

As famílias de classes pobres, por exemplo, tem em comum uma singularidade: suas redes de apoio são ampliadas para a comunidade e vizinhança, como no cuidado dos filhos, que é compartilhado muitas vezes com os que moram aos arredores, preponderando um sistema caracterizado pela solidariedade.

Em contraponto a esse modelo de família, Teixeira (2013, p. 27) contempla o modelo contemporâneo, “das relações conjugais, da família ‘restrita’ cada vez mais reduzida e ‘privada’, independente da parentela, em que se valoriza a individualidade de cada um, mas, ao mesmo tempo, cria vínculos de reciprocidade”. Sendo assim, o modelo nuclear e hierarquizado de família, ainda que tenha sido suavizado ao longo da história, ainda é predominante. Neste sentido,

A família é uma instituição contraditória e conflituosa, é heterogênea e não necessariamente harmoniosa; expressa e reproduz relações assimétricas entre gêneros e gerações, em termos de poder, de recursos e de capacidade de negociação; constitui-se em espaço de conflitos diversificados (TEIXEIRA, 2013, p. 27).

Nestes termos, a família, em seus diferentes modelos e nas diferentes classes sociais, nem sempre será marcada pelo amor e harmonia, ou um lugar seguro, podendo ser exatamente o oposto, lugar de conflitos e que apresenta risco a seus membros.

Quanto aos modelos de família, Roudinesco (2003) elenca os três tipos que se destacam na história da humanidade e que são marcos importantes na evolução da família, além de suas características e algumas consequências, conforme abaixo:

Família Tradicional:

- a) Período: antes do século XVIII;
- b) Objetivo de garantir a transmissão do patrimônio;
- c) Casamentos arranjados pelos pais, que não consideravam a vida afetiva ou sexual dos filhos, nem mesmo a idade, já que a união acontecia em idades precoces muitas vezes;
- d) A família vivia uma transposição da monarquia, submetendo-se à autoridade patriarcal;
- e) Quanto à perspectiva econômica da família: era uma unidade de produção e reprodução.
- f) Quanto ao modelo de proteção social: a família era considerada a proteção.

Família Moderna:

- a) Objetivo de garantir a transmissão do patrimônio;

- b) Casamentos arranjados pelos pais, que não consideravam a vida afetiva ou sexual dos filhos, nem mesmo a idade, já que a união acontecia em idades precoces muitas vezes;
- c) A família vivia uma transposição da monarquia, submetendo-se à autoridade patriarcal;
- d) Quanto à perspectiva econômica da família: era uma unidade de produção e reprodução.
- e) Quanto ao Capitalismo: separação entre casa e empresa;
- f) Divisão do trabalho produtivo e reprodutivo;
- g) A família possuía uma função de socialização primária e de apoio aos membros enquanto espaço privado e de afeto;
- h) Divisão sexual do trabalho, tendo o homem provedor e a mulher cuidadora;
- i) Quanto aos modelos de proteção social: nos séculos XVIII e XIX tinha-se um modelo Família/Mercado equivalendo à proteção, já no século XX, a proteção equivalia a Família/Estado/Mercado.

Família Contemporânea ou Pós-moderna:

- a) Período: a partir dos anos 1960;
- b) União de indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual;
- c) A transmissão da autoridade se apresenta de forma ainda mais problemática em detrimento dos divórcios, separações e recomposições que aumentam nesse período;
- d) Número de filhos reduzidos;
- e) Aumento da co-habitação e da união consensual;
- f) Aumento no número de famílias monoparentais, predominando as mulheres como chefes da família;
- g) População proporcionalmente mais velha;
- h) Maior número de pessoas vivendo sozinhas;
- i) Aumento da gravidez em idade precoce;
- j) Concentração da vida reprodutiva das mulheres em idade mais jovem;
- k) Fragilização do vínculo familiar e maior vulnerabilidade.

Segundo Medeiros e Osório (2001), dentro da amplitude que é a família contemporânea, encontramos nela diferentes arranjos, podendo ser um arranjo domiciliar familiar ou um arranjo domiciliar não familiar. Segue a classificação dos autores:

Arranjo Domiciliar Familiar:

- a) Monoparental: pais ou mães com seus filhos;
- b) Nuclear: casais com ou sem filhos; homens ou mulheres sem cônjuge e com filhos. Não existem outras pessoas como parentes ou não-parentes;
- c) Recompuesto: homens ou mulheres, com ou sem filhos, após separações de outras uniões;
- d) Estendido: uma ou mais pessoas cuja relação de parentesco com os “chefes” do arranjo familiar é de “outro parente”;
- e) Complexo: inclui nos arranjos nucleares ou estendidos uma ou mais pessoas na condição de não parente, admitindo-se, inclusive, a coabitação de mais de um grupo de pessoas que pertencem a famílias distintas.

Arranjo Domiciliar Não Familiar:

- a) Arranjo Não Familiar Individual: conhecido como unipessoal, caracterizado pela residência de uma única pessoa no domicílio;
- b) Outros Arranjos Não Familiares: pessoas que não têm entre si nenhum vínculo de parentesco reconhecido. Inclui pessoas que vivem no arranjo domiciliar tanto como agregados e pensionistas.

Quando contemplamos este panorama histórico das famílias em suas diferentes épocas, arranjos e modelos, percebemos que:

Viver em família significa a possibilidade de lidar com o permanente dissenso entre os projetos de homens e mulheres, como também de pais e filhos. Isto explicita a convivência entre visões de mundo conflitantes sobre a realidade, de onde vai emergir a heterogeneidade, a pluralidade dos estilos de vida, das formas de organização, das relações de gênero que se estruturam e se mantêm, em meio às rupturas e às continuidades com os valores herdados do passado e os valores apropriados no percurso da vida pessoal (RIBEIRO, 1999, p.45).

Por mais que esteja claro que a família é uma instituição tão complexa e com diferentes arranjos, as tentativas de impor um modelo de família tradicional e nuclear não são raras. Um exemplo é o Estatuto da Família, que:

É um projeto de lei (PL 6.583/2013) que objetiva dispor sobre os direitos da família e as diretrizes das políticas públicas voltadas para valorização e apoio à entidade familiar (art. 1º). Tal projeto de lei restringe o conceito de família ao enunciar que “para os fins desta Lei, define-se entidade familiar como o núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou união estável, ou ainda por comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”. Em 2011, o Supremo Tribunal Federal proferiu decisão admitindo a união estável entre pessoas do mesmo sexo. Houve a defesa do respeito às diferenças e vedação à discriminação. O Supremo concluiu que a união homoafetiva deve ser protegida pela Constituição Federal, razão pela qual as regras destinadas às uniões heteroafetivas devem ser aplicadas por analogia às uniões homoafetivas. Seguindo a mesma linha, o Superior Tribunal de Justiça reconheceu, também em 2011, que é possível o casamento entre pessoas do mesmo sexo. [...] Caso seja aprovado, é provável que o Estatuto da Família seja considerado inconstitucional, pois cerceia os direitos das famílias não contempladas pelo projeto, além de ir contra valores preconizados pela Constituição, tais como: dignidade da pessoa humana; liberdade; igualdade (PEREIRA, 2017).

Posto isso, é claro que a verdadeira intenção desse Estatuto é adequar a família ao padrão conservador, sem levar em conta o conceito ampliado do que é família. Esse estatuto também serve como exemplo para elucidar a difícil relação da família com o Estado.

3.1 FAMÍLIA E ESTADO

A família enquanto instituição se relaciona com o Estado, e se a família se apresenta como um lugar muitas vezes marcado por conflitos e contradições, seu relacionamento com o Estado não seria diferente. No decorrer da história, em seus diferentes modelos e características específicas, a família sempre teve um destaque na formulação das políticas sociais, compondo uma tríade (Família – Estado – Mercado) responsável pela satisfação das necessidades sociais, tendo esse destaque potencializado pela crise do Estado de Bem-Estar Social e o discurso de que o Estado era incapaz de ser o principal provedor de bem-estar social (MIOTO, 2010).

É verdade que a família sempre foi uma auxiliadora do Estado, através da lógica da solidariedade, por exemplo, tanto no Brasil como também em outros países em que o Welfare State não foi de fato consolidado, exercendo um papel de provedora de bem-estar. Entretanto, “deve-se ressaltar que, antes mesmo da constituição do sistema de proteção social brasileiro enquanto tal, na década de 1930, já havia medidas voltadas para as famílias, implementadas por especialistas na direção da normatização da vida familiar” (TEIXEIRA, 2010, p.536).

Mesmo que, como dito acima, a família sempre tenha ocupado esse lugar de destaque nas políticas sociais, a Constituição de 1988 dá à família a responsabilidade enquanto elemento importante para a,

Organização das políticas sociais, nas leis complementares, nas novas leis sociais – como o Estatuto da Criança e do Adolescente, do Idoso, em que há avanço nos direitos sociais; os direitos das minorias ou sujeitos mais fracos na hierarquia familiar; as crianças, adolescentes, idosos, mulheres, fortalecendo a noção de família moderna, racional, afetiva, marcada pela autonomização dos indivíduos no interior das famílias (TEIXEIRA, 2010, p. 543).

O resultado que se obteve é que mesmo com a Constituição de 1988, uma contradição que já havia sido percebida permaneceu, pois de um lado, encontramos a família como base da sociedade e, por isso, deve ser protegida e sendo sujeito de direitos, deveria ser alvo das políticas públicas. Do outro lado, a família também tem responsabilidades, por isso é responsabilizada (assim como a sociedade civil e o Estado) pela proteção.

Atualmente a família persiste em exercer esse papel tão fundamental “com suas estratégias de sobrevivência, cuidados e trabalho doméstico” (TEIXEIRA, 2010, p.546) e parte disso se deve ao fato de que há uma boa parcela da população desprotegida pela Previdência Social e subprotegida pela assistência social (TEIXEIRA, 2010). Essa relação do Estado com a família, responsabilizando-a, não é própria do Brasil, uma vez que em outros países também se adotou esse modelo de proteção social.

Entretanto, ao contrário do que um modelo de proteção social estatal de fato deveria ser, Teixeira (2010) destaca que não apenas no Brasil, mas também em outros países, a família foi trazida ainda mais para o centro da responsabilização pelos riscos sociais, porém essa responsabilização é distribuída de forma desigual, dentro da família, entre os gêneros, idade, número de dependentes, tempo em que cada membro dedica ao trabalho doméstico e a existência ou não de uma chefia feminina na família, indicando-se há um papel duplo, como provedora de renda e também de cuidados. O resultado é uma sobrecarga nas mulheres, “que tradicionalmente são as responsabilizadas pelos trabalhos domésticos, e vulnerabiliza as famílias mais pobres, em especial, as dirigidas por mulheres” (TEIXEIRA, 2010, p. 546). É por isso que:

No debate contemporâneo sobre a relação família e políticas públicas, vem-se apontando que a família sempre desempenhou papel significativo na conformação da proteção social, constituindo-se ‘parceira’ do Estado, principalmente nos países de origem católica, em que o princípio da

subsidiariedade da intervenção do Estado é aplicado, devendo este intervir apenas quando se exaurirem as capacidades protetivas da família; em outros casos, a família é a única possibilidade de proteção, dada a baixa cobertura da intervenção do Estado e da reduzida mercantilização da força de trabalho [...] (TEIXEIRA, 2013, p.28).

Chamado de “familismo”, esse termo caracteriza essa tendência de responsabilizar a família pelo bem-estar de seus membros, implicando na provisão de recursos e na exigência de uma dose excessiva de trabalho familiar. A consequência do familismo é uma sobrecarga na família na provisão de recursos e de cuidados, sendo que o oposto dessa perspectiva seria a protetiva. Abaixo se destacam as características que marcam a perspectiva familista e a protetiva:

Tabela 3- Perspectiva Familista VS Perspectiva Protetiva

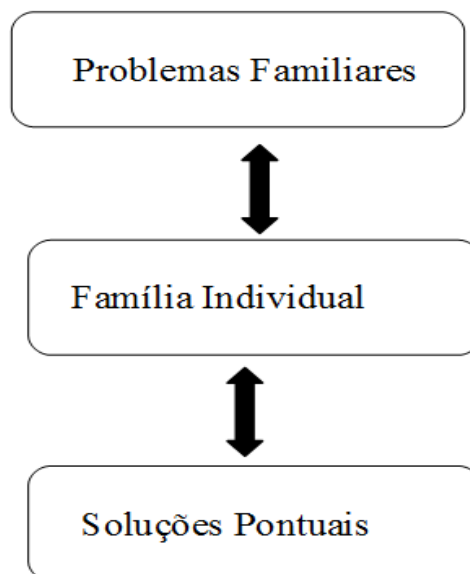
Perspectiva Familista	Perspectiva Protetiva
<ul style="list-style-type: none"> a) Família como fonte natural de proteção e de recursos; b) Responsabilização da família pelos riscos sociais; c) Entende que a família pode ser capaz de retomar um projeto de sociedade solidária; d) Independente das condições objetivas de vida e particularidades da convivência familiar, a família deve ser capaz de proteger e cuidar de seus membros; e) Tem uma concepção de família como uma instituição que tem uma função social e cujas relações estão pré-definidas em papéis; f) A família cumpre uma função de socialização, apoio aos membros e é um lugar de afeto mútuo; g) Família é uma instância privada h) Faz distinção entre famílias capazes (quando conseguem desempenhar o papel que foi atribuído pela sociedade, via mercado, trabalho e organização interna) e incapazes (quando não correspondem às expectativas impostas ao desempenhar 	<ul style="list-style-type: none"> a) Reconhece a família dentro de um contexto de uma determinada estrutura social de desigualdade; b) Reconhece que a família não tem um papel natural na proteção dos indivíduos e não depende apenas de elementos internos da própria organização familiar; c) Busca entender as transformações societárias, sejam de ordem econômica, do trabalho, cultura, tecnologia, etc; d) Busca compreender as transformações nas famílias em si, como as variedades de arranjos; e) Entende a família como um espaço que se constrói e reconstrói através da história por diversos fatores; f) Compreende a família com múltiplas formas, unidade econômica e de serviços (trabalho doméstico e familiar); g) A família desloca-se entre os limites do “público” e “privado”. h) Direciona as políticas sociais a todas as famílias, através de seus membros enquanto indivíduos como um, sempre na perspectiva da garantia de direitos; i) Reconhece que a família não se exauriu de suas funções, mas que sempre foi sobrecarregada e que essa sobrecarga tende a aumentar conforme

<p>funções que foram atribuídas e que passam a necessitar interferência externa).</p> <p>i) Direciona as políticas sociais às famílias “incapazes”;</p> <p>j) Políticas sociais focalizadas com propostas residuais;</p> <p>k) Concepções estereotipadas de famílias e de papéis familiares;</p> <p>l) Ações centradas em situações limites e não situações cotidianas.</p>	<p>a insuficiência das políticas públicas.</p> <p>j) Políticas sociais centradas nos princípios de universalidade, igualdade x equidade e integralidade (através da intersetorialidade e interdisciplinaridade).</p>
---	--

Elaboração: Fonte própria (2017).

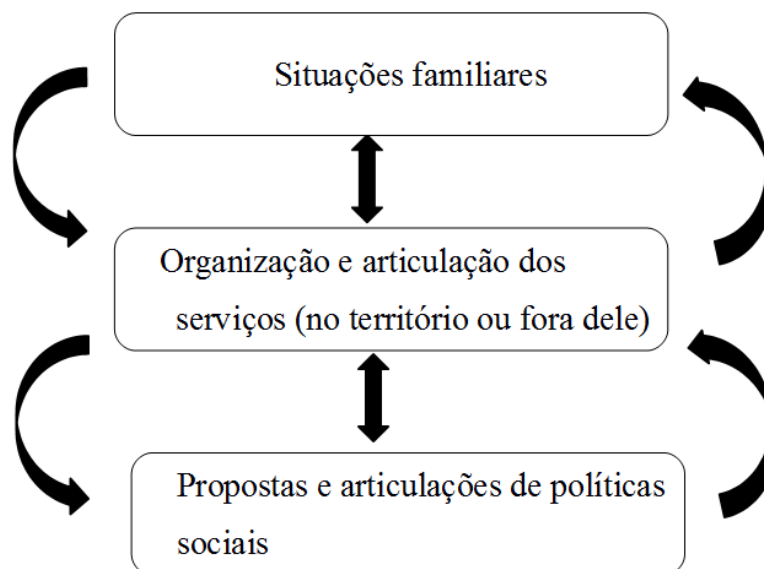
Ainda sobre as principais diferenças entre as perspectivas familista e protetiva, abaixo estão duas figuras que representam como são dadas as ações em cada perspectiva.

Figura 4 - Perspectiva Familista: unidirecionalidade nas ações



Fonte: Elaboração própria, com base em anotações da disciplina Política Social e Família (2017).

Figura 5 - Perspectiva Protetiva: tridimensionalidade nas ações



Fonte: Elaboração própria, com base em anotações da disciplina Política Social e Família (2017).

O lugar que a família ocupa na política social depende muito do equilíbrio entre pressões que são colocadas sobre ela e os meios que são proporcionados socialmente para seu desempenho, enquanto instância colocada juntamente ao Estado de Bem-Estar Social, no processo de reprodução social (CAMPOS; MIOTO, 2003).

Como se pode observar, há um sistema de proteção social público no Brasil, embora restrito ou subdesenvolvido, na área de serviços dirigidos à família, considerando o princípio da subsidiariedade da intervenção do Estado e com diferenciações dos regimes de bem-estar de outros países latino-americanos, mesmo pós-reformas neoliberais na década de 1990. Todavia, o grau de familismo e de informalidade é o que tem de comum com os outros regimes de bem-estar da região, dado o grande contingente de desprotegidos no país. Segundo o IPEA (2008), a proporção da População em Idade Ativa (PIA) protegida pela Previdência Social era de 54% em 2002. O que significa acentuada população na informalidade e sem proteção social garantida, ampliando as funções da família como única alternativa de proteção, cuidados e assistência, posto que, historicamente, a Assistência Social esteve dirigida a grupos de riscos marcados pela incapacidade para o trabalho, e ainda hoje se dirige apenas aos grupos de risco nos quais a família é muito pobre para arcar com sua proteção e segurança social (TEIXEIRA, 2010, p. 546).

Existe uma lógica por trás da responsabilização da família, um conceito chamado de pluralismo, que é uma forma de gerir e descentralizar os riscos sociais entre a família, o Estado e o mercado, sugerindo uma relação flexível de corresponsabilização variável. Se os direitos sociais se tornassem de fato invioláveis, a família passaria por um processo de desmercadorização, que consistiria em dar à família condições de se manter sem que precise

depende do mercado, o que propiciaria o abrandamento da responsabilização da família quanto a provisão de bem-estar de seus membros (seja via Estado ou mercado), ou seja, a desfamiliarização (ESPING-ANDERSEN, 2000).

O paradoxo entre a proteção à família e o crescimento da responsabilidade da família na proteção social se explicita pelas condicionalidades do programa, horários dos serviços de Educação, Saúde e de Assistência Social e suas requisições como reuniões, atendimentos individualizados, visitas domiciliares, geralmente, em horário comercial em que grande parte das mulheres está no trabalho, além da qualidade dos serviços públicos e as condições de acesso que reforçam as suas responsabilidades e a sobrecarregam com novos deveres (TEIXEIRA, 2010, p.547).

Esses processos de responsabilização da família tem sido maximizados pelas reformas neoliberais e o desmonte das políticas públicas, de forma que as vulnerabilidades vão se intensificando, da mesma maneira que ocorre com a desproteção social e a precarização do mundo do trabalho, em parte devido à focalização nos pobres, que se dá de forma seletiva, atendendo aqueles em extrema pobreza, e não promovendo a garantia de direitos. Ainda que essas intensificações causadas pelas reformas neoliberais aconteçam, simultaneamente, se espera que a família seja parceira para colaborar com os programas sociais e seja uma fornecedora de serviços, tudo isso, considerando a falta dos mesmos para a família (TEIXEIRA, 2010).

A centralidade da família nas políticas sociais é percebida em programas de combate à pobreza, na política de saúde e de assistência social, mas aí estão inseridas algumas contradições, entre elas, a matricialidade sociofamiliar, que possui riscos de fomentar algumas ações conservadoras, seja na gestão ou no atendimento, destacadas por Silveira (2007, p.71) *apud* Teixeira (2010, p.547):

- a) Ocultamento das contradições da sociedade de classe, sem o devido reconhecimento dos determinantes sócio-históricos e das expressões de desigualdades nas demandas para a assistência social, e ainda o vício analítico e prático-operativo que consiste em entender a atenção à família como uma via de superação das expressões da questão social ou, como afirma Mota (2006, p. 46): uma conceituação da sociedade a partir de categorias despolitizadoras do real, donde a sua identificação com o território, a comunidade, a vizinhança e a família [...] sociedade é como uma reunião de comunidades e famílias, marcadas por situações singulares e localizadas, ou ainda, conforme salienta Behring (2008), do risco de retomar de certa forma a ideia proudhoniana da sociedade como um agrupamento de famílias e perdendo a dimensão de classe;
- b) Prevalência do metodologismo e adoção acrítica de referenciais conceituais para o atendimento;
- c) Existência de práticas que centralizam as demandas nas famílias com trabalho psicossocial de alteração de caráter, de comportamentos

considerados patológicos, de conflitos internos da família, que culpabilizam-nas pelas situações de vulnerabilidade e riscos e com isso geram sentimento de inadequação;

d) Regressões conservadoras no trato com as famílias que ampliam ainda mais as pressões sobre as inúmeras responsabilidades que devem assumir, especialmente no caso das famílias pobres.

Outro setor em que a responsabilização da família é muito presente é na Saúde Mental, onde o usuário é percebido muitas vezes como responsabilidade da família, que precisa encontrar meios para garantir o bem-estar da pessoa com sofrimento psíquico, sendo que nem sempre isso é possível devido aos conflitos familiares e vulnerabilidade social, por exemplo.

3.2 FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL

A família sempre foi posta à margem do tratamento à pessoa com sofrimento psíquico, em parte devido à longitude em que os hospitais psiquiátricos se situavam antigamente, já que acesso não era de forma alguma fácil, os manicômios não eram construídos nos centros das cidades. Além desse fato, também era imposto à família um papel de responsável pelo adoecimento do familiar, fazendo com que não houvesse outra opção se não retirar a pessoa do convívio familiar.

Com as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização e desospitalização, a família assume um papel de responsável pelo cuidado do familiar com sofrimento psíquico, caracterizando o atendimento que o familiar doente recebe como ambulatorial.

A reforma psiquiátrica no Brasil vem configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade. Tratada como desospitalização, sem as condições necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, reflete de forma negativa sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental [...] (GONÇALVES; SENA, 2001, p.50).

Devido à forma como o cuidado do familiar é então assumido pela família, a mesma tem sua rotina transformada, pois agora fazem parte dela atividades como:

- a) Garantir necessidades básicas do familiar;
- b) Administrar os medicamentos;
- c) Acompanhar o familiar aos serviços de saúde, consultas, etc.;

- d) Aprender a lidar com o comportamento muitas vezes problemático do familiar e manejar seus episódios de crise;
- e) Fornecer suporte social, arcar com gastos;
- f) Superar as dificuldades que essas tarefas possam lhe trazer, assim como o impacto por elas causados em sua vida social e profissional.

Por isso, vale aqui destacar que as transformações ocorridas no atendimento à Saúde Mental deram à família o lugar de protagonistas no cuidado, ainda que contando com os profissionais que atuam na área. Em contrapartida, as ações que esses profissionais deveriam desenvolver com a família podem estar baseadas no acolhimento a essas famílias, fortalecimento ou até estabelecimento de vínculos, ou seja, para além da responsabilização.

Os processos de responsabilização acontecem muito com as famílias em que há um portador de sofrimento psíquico, seja qual for. Os familiares, quando se deparam com a situação de cuidador, tem em suas vidas diversas mudanças, tendo que adaptar suas rotinas e estilo de vida. Esta é uma das razões pela qual se faz necessário que a equipe de profissionais que atendem esse usuário entenda a importância de incluir a família no processo do tratamento e que a ofereça suporte.

É esperado da equipe de Saúde Mental que ofereça à família informações sobre o diagnóstico, esclarecendo dúvidas sobre o tratamento, possíveis formas de cuidado à saúde, estar atento para perceber se a família se encontra com dificuldades na aceitação e no enfrentamento do sofrimento psíquico do usuário, também é importante oferecer opções de serviços que possam apoiar a família a se adaptar ao novo estilo de vida, além de perceber se a família está adoecendo devido à sobrecarga de cuidados com o usuário, ou se, na verdade, a família tendo agravado o sofrimento psíquico do usuário.

Assim como a gênese de uma crise familiar toma forma no seu núcleo, é também em seu interior que devem ser fundamentadas resoluções para o enfrentamento, superação ou amenização dos distúrbios, pressupondo, para tanto, a existência de condições de Saúde Mental na busca de alternativas viáveis para o melhor manejo dos fatos. “Acredita-se que a Saúde Mental possa ser alcançada por meio de relações intrafamiliares saudáveis, construídas com interações socioafetivas eficientes e viabilizando bem-estar físico, biopsicossocial, emocional e espiritual”. Para abordar Saúde Mental na família por meio de ações de educação em saúde faz-se necessário conhecê-la em seus múltiplos aspectos, oferecendo-lhe suporte para encarar adversidades. Dessa forma, para que ocorra êxito na implementação e eficiência de ações para promoção de Saúde Mental na família torna-se primordial conduzi-las conforme as percepções e potencialidades dos sujeitos para os quais se direciona a intervenção (MACÊDO; MONTEIRO, 2006, p. 223).

É imperativo que a equipe de Saúde Mental saiba auxiliar a família no difícil processo de aceitação da doença, considerando que muitas famílias não possuem conhecimento específico de Saúde Mental, não compreendendo as causas da doença, podendo fazer questionamentos tais como o porquê de seu parente ter adoecido. Muitos familiares ficam confusos e aflitos ao ver o adoecimento do usuário que antes era “tão saudável”, fazendo com que seja necessário que a equipe explique para a família que os diversos transtornos mentais podem ser causados por fatores genéticos, biológicos, sociais, ou até mesmo por causas desconhecidas.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2017), as famílias em que há um usuário de serviço de Saúde Mental sofrem grande sobrecarga, pois terão de arcar com muitas despesas, além dos encargos emocionais que podem ser gerados por vulnerabilidades sociais, cansaço, frustração, preocupação com o que os outros vão pensar. Há o risco do adoecimento da família.

Por outro lado, alguns ambientes familiares são, na verdade, os responsáveis pelo adoecimento do usuário. Ambientes familiares permeados por conflitos, violências, podem ser um fator decisivo na causa dos transtornos mentais. Ao mesmo tempo em que o envolvimento da família é visto como significativo para a melhora do usuário, o inverso pode acontecer, já que algumas famílias se portam de forma pessimista ou negligente, não apostando na melhora do usuário ou nem mesmo auxiliando no processo.

O sofrimento do familiar começa quando seus questionamentos e dúvidas sobre os transtornos não são respondidos satisfatoriamente, isso por que muitos médicos não dão informações detalhadas em relação aos remédios e seus possíveis efeitos colaterais ou ainda não explicam o significado do diagnóstico ou então não explicam os motivos dos procedimentos terapêuticos, então os familiares se sentem sozinhos e impotentes diante de suas dúvidas e situação, aí entra mais uma vez o sentimento de culpa e o medo. Na maioria das vezes o familiar não está procurando pela primeira vez a ajuda médica, e nem sempre muito felizes com as respostas médicas, é muito comum um familiar chegar com uma certa resistência, cheia de respostas prontas, e de mecanismo de defesa bem preparados, então eles ficam desconfiados e sempre a espera de um comentário culpabilizante.

Com os serviços psicossociais, existe a aproximação das famílias, que exige muita paciência, devido à subjetividade de cada um, então isso envolve a estratégia de conhecê-los de uma maneira mais abrangente, tentando assim, criar métodos de cuidado mais apropriadas as suas necessidades. Porém essas necessidades não podem ser generalizadas, isso por que não existe um modelo universal de família, cada pessoa tem o seu estilo de vida, e seu modo de confrontar certas situações. Então para isso é importante um olhar atento a subjetividade dos sujeitos, para uma atenção personalizada dirigida

a construção de um processo terapêutico que leve em consideração particularidades de cada situação (ABP, 2017, s/n.).

Conclui-se que, com as mudanças que a Reforma Psiquiátrica trouxe, como a tendência à desinstitucionalização, a importância de não estigmatizar a loucura, é preciso diluir também a ideia de que agora essas pessoas serão simplesmente “devolvidas” para as famílias, que a partir de agora precisam lidar com os problemas da vida cotidiana, arcar com os custos e exigências do cuidado com o usuário com sofrimento psíquico, independente de qualquer circunstância (conflitos na convivência, vulnerabilidade social, etc.).

Para que essa sobrecarga causada pela responsabilização da família não ocorra, é preciso que haja uma mudança na forma como a sociedade entende a doença mental. É preciso também que sejam revistas as práticas das equipes de saúde mental, tanto em relação ao usuário, quanto à família.

4 CAPS II PONTA DO CORAL: O LUGAR DA FAMÍLIA NA SAÚDE MENTAL

Tendo em vista que o trabalho do assistente social se dá na perspectiva de garantia de direitos, na Saúde Mental não é diferente. Por isso este capítulo se propõe a colocar em evidência o Serviço Social e o trabalho realizado nos CAPSs, com destaque para o grupo de famílias do CAPS II Ponta do Coral, relatando e analisando as experiências vividas no neste espaço socioocupacional.

4.1. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

As mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica na forma de enxergar a pessoa com sofrimento psíquico, além da necessidade da reinserção na sociedade e a garantia de direitos, fizeram com que profissionais do Serviço Social fossem necessários ao tratamento de Saúde Mental num geral,

No novo modelo proposto, começavam a ocupar um lugar de destaque as profissões que sempre atuaram no campo da Saúde Mental, até então dominado pelo saber médico. Desse modo, tornou-se insuficiente apenas a definição diagnóstica e iniciou-se uma preocupação com a continuidade do tratamento. Talvez seja possível afirmar que, desde esse momento, estavam se delineando os projetos terapêuticos para os portadores de transtorno mental. Nesse âmbito, tornou-se necessário incluir nos projetos as condições socioeconômicas dos portadores de transtorno, assim como a possibilidade de intervenção de áreas afins (terapia ocupacional, entre outras). Ao profissional de Serviço Social passou a ser requerida uma avaliação apurada das condições socioeconômicas desses portadores com o objetivo de auxiliar na definição do projeto terapêutico e do diagnóstico em si (MARTINS, 2013, p. 82).

Sendo assim, a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico trouxe a necessidade de um profissional preparado para olhar de forma crítica e a analisar a situação social em que o usuário se encontra, pois, a forma de se entender Saúde Mental não está mais pautada na lógica hospitalocêntrica e medicalocêntrica e sim nos princípios do SUS, como já foi referido.

Sem dúvida, a formação em Saúde Mental e o conhecimento técnico especializado das categorias “psi” são extremamente importantes para discussão clínica dos casos, porém nos preocupa o lugar da questão política. Acreditamos que o profissional de Serviço Social muito tem a contribuir nessa discussão. Sua formação de base política, aliada ao papel fundamental que esse profissional tem em equipes multiprofissionais, torna-o apto a contribuir para a construção de uma prática interdisciplinar pautada nos

princípios da política e da clínica na atenção psicossocial, entendendo-se esta última como algo que inclui reabilitação, cidadania e política. Essa formação de forte base política permite-lhe ter maior facilidade na análise da conjuntura apresentada em cada caso. Além disso, o profissional de Serviço Social é formado para trabalhar em diferentes tipos de ações, empresas, em comunidades, em saúde, em serviços de infância e na justiça, entre outros. Seu leque de opções no mercado de trabalho é variado, embora seja insuficiente o número de profissionais contratados. Sua capacitação, que o habilita a estar à frente das mais diversas realidades, ajuda-o a trabalhar com a Saúde Mental, que envolve de tudo um pouco. Vale lembrar que a questão social está presente em todos os lugares e se expressa nas mais diversas formas, trazendo impasses para as equipes multidisciplinares. Para o enfrentamento dessa realidade, portando, faz-se necessário o trabalho do assistente social, que ocupa assim um lugar estratégico e diferenciado nessas equipes (PAES LEME, 2013, p. 25).

É verdade que a formação em Serviço Social é pouco ocupada com matérias dedicadas à saúde e muito menos à Saúde Mental, porém ainda assim é uma profissão indispensável que um usuário de serviços de Saúde Mental tenha na sua equipe de referência um assistente social. Bisneto (2013, p. 167) traz dois motivos pelos quais essa profissão está inserida na Saúde Mental, sendo que o primeiro diz respeito às “demandas do sistema formado pela previdência, pela saúde e pela assistência social, [...] visa aí a resolver as contradições sociais impostas pelo sistema [...]”; o segundo motivo trazido pelo autor, seria “a necessidade de atuar nos aspectos sociais que o tratamento psiquiátrico demanda, a partir de uma visão trazida pelo movimento de reforma psiquiátrica do mundo ocidental, cuja abordagem da Saúde Mental entrelaça aspectos biológicos, psicológicos e sociais”.

Por isso é principalmente nos aspectos sociais que se localiza o trabalho do Assistente Social na saúde porque os serviços públicos de saúde como o CAPS são pautados na seguridade social, a presença de um profissional com formação em Serviço Social é assim tão indispensável, por ser também uma profissão com conhecimento e atuação nas políticas sociais (desde trajetória, gestão, execução e etc.).

Quanto às legislações que garantem o trabalho do Assistente Social em serviços de saúde, Bisneto (2013, p. 173) *apud* Brasil (2004) elenca algumas portarias:

Tabela 4 - Portaria para o trabalho do Serviço Social na Saúde Mental

<p>Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 Estabelece diretrizes e normas para Saúde Mental.</p>
--

<p>Normas para atendimento ambulatorial:</p>	<p>a) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório</p> <p>A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser definida segundo critérios de órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).</p> <p>No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.</p> <p>b) Núcleos/ Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS)</p> <p>A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para atendimento a 30 por turno de 4 horas, deve ser composta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 médico psiquiatra; – 1 enfermeiro; – 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos).
<p>Normas para atendimento hospitalar</p>	<p>c) Hospital-dia</p> <p>A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 médico psiquiatra; – 1 enfermeiro; – 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos). <p>d) Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral</p> <p>No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima – período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo; – 1 assistente social; – 1 enfermeiro; – profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades. <p>e) Leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral</p> <p>A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo; – 1 enfermeiro;

	<ul style="list-style-type: none"> – 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional); – profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades. <p>f) Hospital especializado em psiquiatria</p> <p>Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com no mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – médico plantonista nas 24 horas; – 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos; <p>E ainda:</p> <ul style="list-style-type: none"> – para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais: – 1 assistente social; – 1 terapeuta ocupacional; – 2 auxiliares de enfermagem; – 1 psicólogo.
--	--

Fonte: Elaboração própria (2017), a partir da **Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**.

O Assistente Social compõe a equipe interdisciplinar de saúde mental, que tem seu processo de trabalho, segundo Dias (2001) *apud* Machado (2013, p.142), pautado em quatro pontos:

a)**Interdisciplinariedade**: a atuação da equipe em considerar os diferentes campos de saber e a abordagem do sujeito como um todo, estando também atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A perspectiva interdisciplinar não opera uma eliminação das diferenças: tanto quanto na vida em geral, reconhece as diferenças e as especificidades, convive com elas, sabendo, contudo, que ela se reencontra e se complementa, contraditória e dialeticamente [...]

b)**Integralidade da atenção**: a equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, no âmbito individual e coletivo. Para Mattos (2001, p.41), “a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, pois a proposta da integralidade é uma ruptura com estruturas organizacionais dos serviços de saúde (centralidade no saber biomédico) e com as práticas fragmentárias e reducionistas”.

c)**Intersetorialidade**: o desenvolvimento de ações deve ser integrado entre serviços de saúde e outras políticas públicas e programas.

d)**Plano Terapêutico Individual**: a assistência deve resultar na elaboração de um plano, pela equipe, de uma rotina personalizada para cada usuário, de acordo com suas necessidades terapêuticas, visando à melhora na sua socialização, na sua educação em saúde e em seus cuidados pessoais.

O CAPS enquanto serviço de Saúde Mental pretende trabalhar com o usuário de forma integral e universal e por isso articula com políticas públicas da área da Assistência Social, Previdência, Saúde, Educação, Habitação, além de parcerias com Organizações Governamentais e Não Governamentais que também fazem parte do tratamento de saúde mental dos usuários. Um exemplo é a ONG Arco-Íris, que serve como um complemento aos

atendimentos e serviços do CAPS, através de práticas culturais, artísticas, artesanais, etc. As atividades oferecidas pelo CAPS são:

- a) atendimentos individuais;
- b) oficinas terapêuticas;
- c) visitas domiciliares;
- d) assembleia dos usuários, profissionais e familiares;
- e) grupos terapêuticos e psicoterapêuticos;
- f) atividades externas.

As ações desenvolvidas pelos Assistentes Sociais nos serviços de Saúde Mental, especificamente, no CAPS, elas podem acontecer em atendimentos individuais, coletivos ou com os familiares, que muitas vezes desconhecem seus direitos, por exemplo quando podem ter acesso a algum benefício, ou serviço.

Quanto ao trabalho do Serviço Social no CAPS, ele está além do diagnóstico ou das causas físicas e orgânicas da doença, é preciso conhecer o usuário e seu contexto social, de forma a propiciá-lo não apenas o tratamento médico e psicológico, mas a sua autonomia e emancipação, pois conhecer o usuário envolve entender sua história, o contexto em que vive, sua subjetividade. O assistente social que trabalha no CAPS atende não somente o usuário, mas também a família, a rede de apoio, seja individual ou coletivamente, nos grupos que ocorrem no serviço. Os atendimentos coletivos podem ocorrer nos grupos, que possuem caráter terapêutico ou psicoterapêutico, podendo ter objetivos como a promoção de autonomia, práticas artísticas, horta, etc. Esses grupos podem, então, compor os Projetos Terapêuticos Singulares.

Os profissionais de Serviço Social se revezam com os outros profissionais para fazer o acolhimento, que é a porta de entrada do serviço, esses acolhimentos, tanto os individuais quanto os com familiares podem acontecer por demanda espontânea ou por encaminhamentos da atenção básica, através das equipes da Estratégia de Saúde da Família e NASF, através de serviços hospitalares (hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos, serviços de Alta complexidade), ou ainda por medida judicial.

É no acolhimento que se realiza uma avaliação de risco, para que seja identificado se o tratamento de saúde mental do usuário realmente requer intensificação de cuidados no CAPS na média complexidade, ou se será realizado no Centro de Saúde (CS), com a Equipe de Saúde da Família e apoio do NASF na atenção básica. Se o usuário tiver indicação para tratamento no CAPS, ele será encaminhado ao Grupo Multiprofissional do seu distrito (Norte,

Sul, Leste, Centro ou Continente), onde conhecerá sua Equipe de Referência, sendo também o espaço onde seu PTS será formulado.

O trabalho do CAPS com os usuários se faz pela articulação intersetorial e com a rede de apoio do usuário, porém esse processo é uma das maiores dificuldades presentes no serviço pois não é raro deparar-se com as limitações da RAPS no tratamento de Saúde Mental dos usuários, seja na falta de comunicação ou no fato de alguns serviços e profissionais simplesmente se ausentarem da responsabilidade, pois entendem que o CAPS é o único serviço que pessoas com sofrimento psíquico podem acessar.

Quando necessário, os profissionais do Serviço Social se reúnem com profissionais de outros serviços da Política de Assistência Social, como os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Centro POP (Centro de Referência Especializado para População de Rua), casa de acolhimento, albergues, entre outros. Essas reuniões também podem ocorrer em conjunto com equipes de outros serviços de saúde do município, como a Estratégia de Saúde da Família e NASF (equipe composta por profissionais da Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Serviço Social, etc.). Também podem ocorrer reuniões esporádicas e mensais de Saúde Mental, divididas por distritos, com profissionais do NASF, CAPS II, CAPSad Pantanal e Continente e CAPSi. Além dessas reuniões, semanalmente os profissionais do CAPS se reúnem para discutir questões relacionadas ao próprio serviço ou sobre alguns usuários e suas demandas entre outros assuntos.

As assistentes sociais, junto com outros profissionais, realizam visitas domiciliares, porque muitos usuários acabam não se encontrando em condições de ir até o CAPS, ou por motivos de crise ou intensificação de cuidados. As visitas domiciliares contribuem para a criação de vínculo do serviço com o usuário e sua família, faz com que os profissionais possam conhecer verdadeiramente a realidade em que o usuário vive, assim como suas potencialidades e fragilidades.

Outra ação comum às assistentes sociais do CAPS, junto com os outros profissionais, diz respeito ao HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico), já que o serviço serve de espaço de convivência para alguns pacientes do HCTP, para os que estão em processo de alta, com objetivo de ressocialização e desinstitucionalização desses sujeitos, oferecendo tratamento de Saúde Mental, auxiliando na procura de nova moradia, confecção de documentos, restauração de vínculo com familiares e encaminhamentos para programas como o De Volta Para Casa, que é voltado para pacientes em hospitais psiquiátricos com longa permanência.

O Serviço Social no CAPS tem a perspectiva da garantia de direitos e parte das demandas está relacionada aos benefícios socioassistenciais e previdenciários, já que em muitas situações, o sofrimento psíquico torna o trabalho inviável.

Parte do trabalho das Assistentes Sociais do CAPS consiste em perceber as potencialidades dos usuários, garantir seus direitos, autonomia e vida em sociedade. De acordo com o documento do CFESS “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (2009), algumas das atribuições e competências dos Assistentes Sociais são os atendimentos diretos aos usuários, ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde, ações socioeducativas; a mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, como competências do assistente social:

- a) elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- b) elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- c) encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- d) orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- e) planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- f) planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- g) prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- h) prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- i) planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;
- j) realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 2010, p. 36).

No artigo 5º, apresenta como atribuições privativas do Assistente Social:

- a) coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- b) planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

- c) assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- d) realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- e) assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- f) treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- g) dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- h) dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- i) elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- j) coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- k) fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais;
- l) dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- m) ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS, 2010, p.36).

Sendo assim, é possível perceber as complexidades do trabalho do Assistente Social na Saúde Mental, um campo de extrema relevância e permeado por tensões e dilemas. Ainda dentro da Saúde Mental, o Assistente Social pode se deparar com outras áreas também, como a assistência, educação, habitação, etc. O próximo subitem a ser posto em debate neste trabalho, é o grupo para familiares de usuários do CAPS, ou seja, a atuação do Assistente Social com a família, dentro da Saúde Mental.

4.2 O GRUPO “LUGAR DE FAMÍLIAS”

Em detrimento de como é complexa a relação do usuário com a família que os profissionais do CAPS perceberam a necessidade de um grupo que servisse de espaço de escuta (entre outras funções) para os familiares dos usuários, sendo assim, como parte do Projeto de Intervenção da disciplina de estágio obrigatório foi decidido retomar um grupo que já havia sido ofertado pelo serviço, porém fora interrompido, o grupo: Lugar de Famílias, que então seria coordenado pelos estagiários de Serviço Social.

Como justificativa para este grupo, foi colocado que quando é questionado o motivo pelo qual muitos usuários não aderem ao tratamento, seja medicamentoso (para de tomar os

remédios), ou seja, interrompendo suas atividades no CAPS (deixam de comparecer), é possível observar o quanto disso é relacionado ao relacionamento que o usuário tem com a sua família, já que muitos dependem de uma rede de apoio para se organizarem (horários dos medicamentos, idas ao CAPS, documentos, etc.). Porém, também se observa o quanto esse usuário se apoia na família a ponto de causar sobrecarga e adoecimento. O Grupo Lugar de Famílias é um espaço onde esse paradoxo é explorado e é então pensado, junto com os familiares, as possíveis alternativas.

Tendo em vista o papel que os familiares de quem possui algum sofrimento psíquico ocupam, enquanto rede de apoio, seja devido à complexidade dos cuidados com os usuários muitas vezes exigidos ou orientando os familiares sobre as dificuldades que tem uma pessoa com sofrimento psíquico, etc., se percebe a necessidade de estreitar a relação usuário – familiar – profissionais do CAPS. Além disso, cabe dentro da proposta do grupo Lugar de Famílias abordar a realidade em que se encontram essas famílias: com vínculos extremamente fragilizados e muitas vezes com o adoecimento da família também.

O vínculo familiar na grande maioria dos casos atendidos no CAPS apresenta-se fragilizado ou mesmo rompido, devido à sobrecarga que é posta sobre essas famílias, além do desconhecimento a respeito do sofrimento psíquico e o tratamento. O que ocorre também muitas vezes é o adoecimento dos familiares que acabam então, necessitando de cuidados.

Fortalecer os vínculos, entender o papel das famílias enquanto rede de apoio e auxiliaadoras nos cuidados em Saúde Mental juntamente com os serviços de saúde e demais políticas públicas contribuem para que o tratamento seja de fato efetivo.

Da mesma forma, é possível perceber que a presença das famílias muitas vezes se mostra prejudicial ao usuário e seu tratamento, por formarem um ambiente permeado por conflitos e violência.

As queixas das famílias envolvem, de forma geral, dúvidas sobre o diagnóstico, medicações, sintomas, PTS (projeto terapêutico singular), sobrecarga com o cuidado do usuário em casa, pedidos por internação involuntária e compulsória, adoecimento dos demais membros da família, orientações sobre os direitos de usuários, entre outros.

É por isso que o objeto do grupo está na relação usuário – familiar, pois o público-alvo da intervenção são os usuários do CAPS quem possuam vínculos familiares fragilizados ou até mesmo, inexistentes, ou que tenham uma relação marcada por conflitos ou outros tipos de violência. A expressão da questão social que será trabalhada é justamente a fragilização ou rompimento dos vínculos familiares de pessoas diagnosticadas com algum sofrimento psíquico ou até mesmo a violação de direitos dos usuários e/ou dos familiares.

O grupo Lugar de Famílias tem como objetivo geral propiciar o fortalecimento (ou a criação) de vínculos familiares de usuários do CAPS, de forma a estabelecer um melhor relacionamento do usuário com sua rede de apoio, ao mesmo tempo em que servir como estratégia para localizar famílias que necessitem de cuidados. Quanto aos objetivos específicos do grupo, são eles:

- a) Ter no grupo Lugar de Famílias um espaço em que as famílias possam ter suas dúvidas esclarecidas seja sobre o diagnóstico do familiar, ou o projeto terapêutico.
- b) Propiciar um espaço de escuta para as famílias dos usuários do CAPS, pois muitas vezes o cuidado que é exigido acaba por adoecer esses familiares. Se necessário, fazer encaminhamentos.
- c) Articular com a RAPS os atendimentos aos familiares que necessitarem de cuidados em Saúde Mental.
- d) Explicar às famílias a importância do tratamento no CAPS, bem como a importância da não institucionalização desses usuários.

Os encontros do grupo ocorrem quinzenalmente, às terças-feiras, entre 10h00 e 11h30, no CAPS II Ponta do Coral. O funcionamento do grupo ocorre com a ciência dos profissionais de referência dos usuários, afinal, os profissionais estudam e analisam cada situação para então averiguar se é necessário que a família daquele usuário seja indicada ao grupo de famílias. Os encontros ocorrerão no CAPS e sem a participação dos usuários, apenas com os familiares.

A cada encontro se pretende abordar um tema diferente, de forma a se trabalhar as questões que envolvem a relação famílias – usuário – profissional do CAPS, de forma dinâmica. Se necessário, utilizar materiais como papel, lápis, revistas, cola, tesoura, etc.. O objetivo dos temas escolhido pode variar entre uma maior compreensão sobre aquela família e sua dinâmica ou então para promover esclarecimentos aos familiares.

Os familiares terão liberdade para falar, deixando suas dúvidas e frustrações, para que a equipe possa, a partir disso, pensar na abordagem a ser seguida seja num próximo encontro ou em um atendimento individual.

O principal mecanismo de monitoramento das atividades do grupo de famílias de dará através do InfoSaúde, sistema da rede SUS de Florianópolis, onde podem ser evoluídos os prontuários. As atividades realizadas serão registradas e armazenadas pela equipe que coordena, para que se possa fazer uma avaliação em cima do que foi feito nos encontros.

As avaliações do grupo podem ocorrer nas reuniões de equipe do CAPS, espaço em que os profissionais discutem alguns casos, entre outras questões relacionadas ao serviço e os usuários. Serão também disponibilizados aos participantes do grupo, momentos para avaliação da dinâmica, assim como sugestões para os encontros.

Quanto ao efeito que se pretende obter com o grupo, ele será percebido através da maior vinculação dos usuários com os profissionais de referência e o próprio tratamento, além do fortalecimento ou retomada de vínculos com a sua rede de apoio. Então, para o primeiro encontro do grupo foi pensada uma atividade que proporcionasse aos coordenadores uma melhor compreensão de quem era aquele familiar, sua relação com o usuário e as maiores dificuldades. Abaixo, um detalhamento de cinco encontros do grupo Lugar de Famílias:

Primeiro encontro:

Posto isto, a primeira atividade foi intitulada como “Minha família é assim, e a sua?”, onde o objetivo era que cada um escreve quem compõe a família e em que situações sentiam maior necessidade de apoio. Antes de o grupo começar, foi indicada a leitura dos prontuários dos usuários cujos familiares participariam do grupo, para que se conhecesse de antemão um pouco da história do usuário e da família. Estavam presentes seis familiares, então houve um momento de apresentação do grupo, explicação de qual era o objetivo do grupo e então cada um pôde se apresentar. Depois deste momento, cada um recebeu uma folha com o tema do encontro, para que fosse escrito com quem moravam e quem eram os parentes mais próximos.

Ao fim da dinâmica, houve um momento em que cada um pôde comentar o que havia escrito. Entre as demandas das famílias que foram percebidas, estavam a dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional com o cuidado do usuário, demonstrando que de fato, há uma sobrecarga sofrida pelos familiares.

Além da sobrecarga com os cuidados, foi observado também que muitos familiares tinham dificuldades para se relacionar com o usuário, não apenas pelo desgastamento do relacionamento, mas também pelas limitações emocionais e sociais que ocorrem do sofrimento psíquico.

Esse primeiro encontro foi importante para delinear o que mais seria trabalhado nos grupos, partindo do que foi levantado no grupo, pois a intenção era que o rumo do grupo fosse guiado pelas demandas dos familiares.

Segundo encontro:

Ainda pensando na aproximação com a realidade vivida por cada familiar e o usuário, no encontro seguinte foi abordada a rotina do familiar. O objetivo desta dinâmica estava em, além de saber como é o dia a dia daquele familiar, saber o quanto do seu tempo está relacionado com os cuidados com o usuário. O que se pretendia era perceber então, se o familiar apresentava uma sobrecarga com os cuidados ou se, ao contrário, se envolvia muito pouco com o usuário em geral.

Os familiares puderam expressar isso através de uma tabela, onde havia a possibilidade de escolher três dias da semana para descrever a rotina matinal, vespertina e noturna. Quatro familiares compareceram e com a análise do que foi relatado, observou-se que:

- a) A preocupação com os remédios, por exemplo, pois muitos usuários não conseguem se organizar sozinhos, dependendo de outros para a medicação.

- b) A questão da higiene pessoal, pois acontece da mesma forma como a medicação, necessitam de alguém que “cobre” isso deles, não por uma questão de incapacidade.
- c) Mesmo que a maioria das mulheres ali presentes trabalhasse fora de casa, no lar o trabalho era raramente dividido com os outros familiares, além de serem, as mulheres, as responsáveis pelo cuidado com o usuário, não à toa, o grupo era composto majoritariamente por mulheres.
- d) A necessidade de ampliar o que se entende por tratamento, já que poucas atividades de lazer apareceram ali, apesar de que existe aí uma questão financeira envolvida.
- e) Muitos familiares incluíram na sua rotina uma preocupação com a vida social do usuário, ou falta dela, já que o sofrimento psíquico pode dificultar o convívio com as pessoas.

Uma vez que estava posto que seria interessante que ao final das atividades fosse dado aos familiares alguma resposta aos problemas colocados ali, algumas providências foram tomadas. Primeiramente a indicação para participar do grupo multiprofissional (em todos os encontros a importância da participação deste grupo foi ressaltada), pois muitas dúvidas trazidas pelos familiares não cabiam aos coordenadores do grupo responderem, mas à equipe de referência do usuário, um exemplo disso são as dúvidas relacionadas aos medicamentos.

A indicação ao grupo multiprofissional também é importante pois, como muitos levantaram que sentem que os usuários tem poucos momentos de socialização no dia a dia e que parecem estar muito ociosos, talvez fosse interessante que a equipe revisasse o PTS junto com o usuário, podendo incluir mais atividades, dentro ou fora do CAPS. Também foi incentivado que os familiares procurassem, dentro do possível, momentos de lazer acompanhado do usuário, como por exemplo, assistir a um filme, caminhar, etc, salientando que esses momentos também compõem o tratamento.

Terceiro encontro:

Tendo em vista que ao longo dos dois primeiros encontros percebeu-se que as famílias poderiam se encontrar em situação de vulnerabilidade social, para o encontro posterior foi planejado um formulário socioeconômico para que os familiares preenchessem. Vale destacar algumas perguntas postas no formulário:

- a) Se a família era acompanhada pelo CRAS, sendo que das quatro famílias representadas ali, apenas duas eram;

- b) O grau de formação dos familiares que residiam junto. Apenas uma das famílias era composta por uma pessoa com ensino superior, e duas com nenhum familiar com ensino médio completo;
- c) Também havia no questionário espaço para colocarem se algum outro familiar tinha algum sofrimento psíquico ou algum problema de saúde;
- d) A renda mensal da família e uma estimativa dos gastos (com medicação, moradia, transporte, alimentação, etc.).

Como ocorreu nos outros encontros, após a atividade, houve um momento de debate sobre o que havia sido preenchido. Enquanto alguns familiares demonstraram não ter dificuldades na área financeira, o oposto ocorria com outros, e porque alguns familiares não sabiam o que era o CRAS, foi explicado o que era este serviço e o que ele oferecia.

Quarto encontro:

Desde o primeiro encontro do grupo, entre as dinâmicas, ou nos momentos em que os familiares podiam relatar como estava sendo o dia a dia deles com o usuário, o desejo dos familiares pela internação do usuário era recorrente. Por este fato e porque ainda era visto uma dificuldade dos familiares em compreenderem algumas questões relacionadas ao sofrimento psíquico, o tema proposto para o quarto encontro do grupo se concentrou em oito questões lançadas aos familiares presentes, que responderam oralmente conforme o entendimento de cada um sobre o tema.

Foi dito aos familiares que eles não precisavam se sentir pressionados a responder corretamente, pois o importante era que eles fossem sinceros e opinassem livremente. As respostas foram anotadas pelos coordenadores, a seguir as questões:

1. Você sabe o que é Reforma Psiquiátrica?

Aqui os familiares expressaram suas concepções sobre o movimento, ainda que não tivessem muito conhecimento teórico, responderam a questão de forma muito interessante. Um familiar definiu como “o que mudou o jeito que eles (pessoas com sofrimento psíquico) eram tratados, porque antes tinha muito preconceito e era uma tortura que eles sofriam” (SIC).

Um segundo familiar relatou sua própria experiência, pois antes da reforma, quando jovem, passou por uma internação em hospital psiquiátrico, pois de acordo com ela “antigamente tinha depressão, que era quando o sangue descia pros pés e tinha suspensão, quando o sangue ia pra cabeça. Eu tive suspensão, saí correndo pelo mato, gritando, e fui internada. Lá no hospital passei pelo choque, o médico falou pro meu pai, ‘ela vai levar

choque, daí ou ela morre ou sobrevive, não dá pra saber’, mas o pai era católico, disse que estava nas mãos de Deus e fui pro choque, depois de um ano recebi alta” (SIC); este relato, além de impactar os outros familiares presentes, serviu de exemplo para que, ao explicar resumidamente o que foi a Reforma Psiquiátrica, fosse também explicado o porquê de os profissionais do CAPS serem tão resistentes aos pedidos de internação.

Durante a explicação, um familiar demonstrou não estar confortável e quando questionado, disse que “o que vocês não entendem é que quando a gente quer internar, às vezes é porque a gente precisa de um pouco de paz, porque é muito difícil” (SIC), e os outros familiares concordaram. Foi enfatizada que a internação, a não ser em momentos extremos (como quando o usuário representa perigo para si mesmo ou para os outros) nunca é a única alternativa e que não é a mais eficiente, pois independente do tempo em que o usuário venha a permanecer internado, ao retornar para casa, os problemas continuarão lá e por isso é importante que haja um trabalho com os familiares e com o usuário, para que a convivência seja cada vez menos conflituosa.

2.Você sabe o que é o CAPS?

As respostas para essa questão demonstraram que os familiares estavam satisfeitos com o trabalho dos profissionais, pois definiram o CAPS como um lugar onde pessoas pacientes e estudadas ajudam pessoas com sofrimento psíquico a melhorar.

Explicou-se que o CAPS é um serviço público de Saúde Mental e que os profissionais que ali trabalham não exercem suas profissões porque são boas pessoas, mas porque é para isso que estão ali, para garantirem que os usuários tenham o tratamento de Saúde Mental que lhes é garantido por direito.

3.Quem pode ser atendido no CAPS?

Essa é uma pergunta que pode parecer muito simples, porém causa muitas dúvidas em algumas pessoas. Os familiares colocaram que pessoas com distúrbios e doenças mentais podem ser atendidos no CAPS, o que não está errado, porém também não está correto. O CAPS é um serviço de saúde destinado a pessoas com transtorno mental severo e persistente com comprometimento grave, sendo assim, não são todas as pessoas com sofrimento psíquico que possuem indicação para tratamento no CAPS.

Existe muita resistência quando uma pessoa cujo tratamento ocorre no centro saúde é encaminhada para o CAPS para intensificação de cuidados, assim como, os usuários do CAPS muitas vezes resistem ao terem o tratamento atribuído ao centro de saúde. O que se percebeu

em outros momentos do grupo de famílias era que alguns familiares, por conta do estresse e cansaço com os cuidados com o usuário, requisitavam que fosse agendada alguma consulta para eles, pois estavam precisando, e é por isso que essa pergunta era tão importante, entender que o centro de saúde pode ser indicado como lugar de cuidados para alguns familiares.

4.Você conhece a equipe de referência do usuário?

Em todos os encontros do grupo foi salientado que os grupos multiprofissionais eram de extrema importância e que os familiares poderiam comparecer para que tivessem dúvidas mais específicas esclarecidas, por isso, neste momento, foi distribuído um papel constando os dias e horários de cada grupo conforme o distrito de cada um. Todos os familiares presentes conheciam a equipe de referência dos usuários.

5.Você sabe quais são as atividades oferecidas pelo CAPS?

Verificou-se que os familiares não estavam cientes da maioria das atividades que ocorrem no CAPS, por isso, esta pergunta era mais um motivo para que os familiares comparecessem aos grupos multiprofissionais.

6.O que você entende por Saúde Mental?

Como foi previamente contemplado, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica trouxeram uma noção de saúde muito além da medicalização e isso foi colocado para os familiares ali presentes. Como resposta, alguns familiares definiram Saúde Mental relacionando-a doenças mentais e acesso aos medicamentos.

7.O que é, pra você, tratamento?

Três respostas se sobressaíram nessa pergunta. Um dos familiares colocou o tratamento como algo que começa no CAPS e que continua em casa, “trato meu filho em casa, ele faz uns desenhos, me ajuda em casa, na faxina” (SIC), outro familiar colocou que tratamento “não é só remédio e psicólogo, precisa de apoio da família toda, mas é sempre a mãe que traz eles” (SIC) e por último, a opinião de um terceiro familiar é que “se eles fizessem certinho, daria certo” (SIC).

Perante as respostas ouvidas, houve a necessidade de pôr em debate a ideia de que o tratamento está associado ao remédio e às consultas, então foram elencadas outras ações que poderiam ser compreendidas como parte do tratamento.

Num grupo de familiares em que todos eram mulheres, a necessidade de estender os cuidados a não apenas à mãe, tia ou irmã do usuário foi evidente. Foi questionado aos familiares presentes se já haviam pensado na possibilidade de convidarem algum outro familiar para comparecer ao grupo, mas a maioria respondeu que já haviam convidado e que os outros familiares negaram o convite.

A conversa avançou, colocando o que cada um acreditava ser o motivo pelo qual o tratamento não havia demonstrado os resultados que cada um esperava e esclarecemos que o sofrimento psíquico não era como um braço quebrado, além de cada pessoa ter suas particularidades, alguns usuários possuem sofrimentos persistentes ou até permanentes e que o tratamento muitas vezes se dava ao amenizar o sofrimento apenas.

8.Qual é o papel da família no tratamento?

Na última pergunta houve um consenso: a família é muito importante no tratamento, mas ninguém quer ajudar. Pelos relatos dos familiares, ficou claro que estavam sobrecarregados e que arcavam sozinhos com os cuidados do usuário, o que desgastava-os muito, a ponto de não poderem auxiliar o tanto que gostariam no tratamento.

Quanto ao papel, elencaram desde os cuidados com medicalização, levar às consultas e ao CAPS, organizar o espaço pessoal dos usuários (os quartos, as roupas, etc.), acompanhá-los nas perícias médicas, entre outros.

Quinto encontro:

Haja vista que o assunto do encontro anterior estava no papel da família no tratamento, neste encontro foi abordado o cuidado com o familiar. Sendo assim, começamos o grupo perguntando aos três familiares presentes se eles se sentiam sobrecarregados com o cuidado e como era lidar com o usuário. Dois familiares compareceram ao grupo pela primeira vez, por isso o grupo e sua proposta foram apresentados mais uma vez.

Quando questionados sobre em que momentos há mais sobrecarga com os cuidados, todos entraram em acordo que são os próprios cuidados do dia a dia que mais demandam esforço, como alimentação, higiene, sono.

O fato de os outros familiares não dividirem as tarefas também foi tido como um fator que causa angústia para aqueles que são os cuidadores. Um dos familiares citou ter um pouco de apoio dos irmãos, mas que compreendia cada um tinha sua vida e que não seria justo cobrar nada deles. Frases como “ninguém mais ajuda, é tudo eu” não são raras, pois, de

acordo com um dos participantes do grupo, “eles acham que é perda de tempo, mas a gente é mãe, daí a gente não desiste” (SIC).

Uma situação trazida por um dos familiares que também é comum nas famílias em que há uma pessoa com sofrimento psíquico, é que às vezes a resposta dos outros familiares pode ser mais grave do que uma recusa a ajudar, beirando atitudes hostis para com o usuário. Enquanto um familiar trazia à tona sua preocupação com o irmão mais novo do usuário, que segundo ela, teme o irmão mais velho, um segundo participante demonstrou a intenção de internar judicialmente o filho no IPQ/SC, pois “seria a melhor coisa, ele fica lá, eles cuidam dele e eu cuido de mim, mas tem que ser judicialmente porque é mais tempo”. Mais uma vez se fez necessário explicar a posição do CAPS e dos seus profissionais a respeito da internação, tendo-a como último recurso.

Por último, questionou-se se os familiares presentes já possuíam ou possuíam algum tipo de acompanhamento e se não, se sentiam necessidade. Um familiar disse que por um determinado tempo participou de um grupo terapêutico no CS, porém não prosseguiu por não ter se sentido bem com o fato de a terapia ser em grupo, manifestando então o desenho de um acompanhamento individual. Outro participante disse que teve em sua rotina diversas atividades que a ajudavam, porém, com o adoecimento do filho, não deu continuidade, referindo que “me doeí toda pra ele e esqueci de mim”. O terceiro familiar disse não ter acompanhamento algum, mas participa de algumas oficinas do CRAS e disse ter a religião como fonte de ajuda.

Por fim, alguns encaminhamentos foram feitos, indicando que os familiares ocupassem espaços como o CS, CRAS, Centros Comunitários e Clínicas Sociais, para que obtivessem também outros momentos de escuta, que sejam terapêuticos e sirvam como um suporte, pois como foi debatido, quem cuida também precisa ser cuidado.

Com o grupo de familiares de usuários do CAPS foi possível perceber o quanto a família é de fato tida como grande auxiliadora do Estado na proteção social, pois a própria política de saúde está posta de forma a exigir que a rede de apoio do usuário venha a arcar com os cuidados, compreendendo então, a necessidade dos serviços de saúde (e não apenas os de saúde) estarem preparados a oferecer alternativas de cuidados para os familiares dos usuários, que são indispensáveis para o sucesso do tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando o grupo Lugar de Famílias ainda se encontrava na fase de planejamento, havia a dúvida de como, na prática, o grupo traria benefícios para os familiares e usuários, porém sua existência já foi entendida pelos familiares de forma positiva, por finalmente terem um espaço em que poderiam relatar suas angústias, dúvidas e dificuldades.

O paradoxo que permeia a família é tão complexo que um grupo não é capaz de resolvê-lo, mas se mostra eficaz para os familiares que participam. Alguns CS oferecem grupos terapêuticos especiais para cuidadores, porém são raros, devendo ser reforçada a importância de espaços assim.

Entre as dificuldades percebidas na execução do grupo, está a precarização do serviço, a falta de investimentos na área e as dificuldades que os familiares enfrentam para acessar o CAPS (seja por questões financeiras ou de manejo de tempo, etc), tornando as dinâmicas e atividades muitas vezes restritas ao que se tem de material, por exemplo, e tendo a participação dos familiares sempre incerta. O grupo Lugar de Famílias também possui limitações, por ser um projeto de intervenção da disciplina de estágio, por ter um período de tempo curto e um destino incerto, porém, grupos para familiares devem ser um recurso presente nos serviços, não só de saúde, podendo ser coordenados por assistentes sociais ou equipes multidisciplinares, pois é um espaço rico e necessário.

Ao analisar o grupo a partir dos cinco encontros detalhados neste trabalho, é possível concluir que o objetivo, oferecer aos familiares um espaço de escuta e cuidado, foi atingido, sendo assim, vale aqui ressaltar que essa proposta de grupo deve ser vista como parte dos serviços de saúde, para que a carga excessiva de trabalho imposta às famílias, enquanto expressão da questão social seja analisada de forma crítica e para que estratégias possam ser pensadas.

Ao colocar em análise o trabalho do Assistente Social na Saúde Mental, é possível se deparar com algumas dificuldades, tais como a interdisciplinariedade, tão fundamento para o trabalho em si. Machado (2013, p.148) elenca algumas das dificuldades que se encontram no exercício da profissão nessa área, sendo elas:

- a) Históricos e culturais: temos um longo período de dominação biomédica, orientada por uma concepção de saúde ou doença reduzida aos aspectos biológicos;
- b) Políticos: influência do ajuste neoliberal, desarticulação e precarização das políticas e a ideologia da desvalorização e despolitização do serviço público;

- c) Profissionais: o caráter corporativo e autossuficiente das profissões sem noção de totalidade e complexidade durante sua formação universitária convencional;
- d) Condições de trabalho: a precarização dos vínculos trabalhistas e a redução da autonomia profissional.

Entender a questão social como objeto de trabalho do Serviço Social é necessário, assim como também é necessária a compreensão de que o trabalho realizado com as famílias é uma forma de atuar nas expressões da questão social, isso justifica e sinaliza a existência de grupos para familiares de pessoas com sofrimento psíquico nos serviços de saúde, pensando em um trabalho de forma crítica e que não culpabilize a família, mas sim de forma a empoderar os familiares, fortalecer os vínculos e garantir direitos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA –ABP. **O Paciente com transtorno mental e a família**. 2017. Disponível em:

<<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=14199>> Acesso em 18 de maio de 2017. s/n.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 213 p.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 45.

BISNETO, José Augusto. Serviço social e a atuação na reforma psiquiátrica. In: NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto (Org.). **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013. Cap. 9. p. 189-216.

BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. Industrialização e políticas de saúde no Brasil. In: BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981. p.53-55.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 13 de abr 2017

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2008. p.96-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto **Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: Elementos para o Debate. IN: Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. Ministério da Saúde, 3 ed., Cortez: São Paulo, 2008. p. 197-217.

BRUSCHINI, Cristina. Teoria Crítica da Família. In: AZEVEDO, M.A, GUERRA, V. N. A. (orgs). **Infância e Violência doméstica: Fronteiras do Conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1993. p.50.

CAMPOS, Marta Silva; MIOTO, Regina Célia T. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. In: **Revista Ser Social**. v. 1, n.1, 1º. Semestre, Brasília: UNB, 2003, s/n.

COHN, Amélia. **Descentralização, Cidadania e Saúde**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 4, n. 6, p.70-76, out. 1992.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

DIAS, Marcelo Kimati. **Centros de Atenção Psicossocial: DO MODELO INSTITUCIONAL A EXPERIENCIA SOCIAL DA DOENÇA**. 2007. 262 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Unicamp, Campinas, 2007

ESCORSIM, Silvana Maria. **Reflexões sobre a Política de Saúde no Brasil após a Constituição de 1988: a caminho do projeto neoliberal**. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: desafios contemporâneos, 2015, Londrina, s/n.

ESPING-ANDERSEN. **Gosta Fundamentos sociales de las economías postindustriales**. Barcelona, Ariel, 2000. s/p.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, p.48-55, abr. 2001.

LUZ, Madel. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80**. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol.1, ano 1, 1991

MACÊDO, Virgílio César Dourado de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Educação e Saúde Mental na Família: experiência com grupo vivenciais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p.222-230, abr/jun. 2015.

MACHADO, Graziela S. Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais. In: BISNETO, José A.; NICACIO, Erimaldo M. (Orgs). **A prática do assistente social na saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013, p. 139-166.

MACHADO, Graziela Scheffer. Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais. In: BISNETO, José Augusto; NICACIO, Erimaldo Matias. **Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. 3. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010. Cap. 8. p. 139-166.

MARTINS, Mônica Regina. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica e o serviço social. In: NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto (Org.). **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Ufrj, 2013. Cap. 5. p. 81-98.

MATEUS, Mário Dinis Martins Lameirão. **Políticas de saúde mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 399 p.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. Arranjos Domiciliares e Arranjos Nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998. **Texto para discussão n.788**. Brasília: IPEA, 2001. (p.26-28) Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0788.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n.2, p.522-532, mar. 2011.

MIOTO, Regina Célia. **Família Contemporânea e Saúde: Significados, Práticas e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 380 p.

MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate**. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez Editora, ano XVIII, n. 55, nov. / fev.1997

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. 408p.

PAES LEME, Carla Cristina Cavalcante. O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto (Org.). **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Ufrj, 2013. Cap. 1. p. 21-32.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Espaço Para A Saúde**, Londrina, v. 8, p.13-19, dez. 2006.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000. p.125-135.

PEREIRA, Sofia Laurentino B.; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Política Social, Estado e Sociedade: Reflexões sobre a política de Saúde Mental. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 16, n.2, p.80-96, jan./jun. 2014.

PEREIRA, Vanessa Alves. **A inconstitucionalidade do Estatuto da Família**. Disponível em: <<https://vvannevap.jusbrasil.com.br/artigos/236503732/a-inconstitucionalidade-do-estatuto-da-familia>>. Acesso em: 25 maio 2017.

RIBEIRO, Maria Salete. **A questão da família na atualidade**. Florianópolis, SC: LOESC, 1999. p.45.

RODRIGUES NETO, Eleutério. Subsídios para Definição de uma Política de Atenção à Saúde para um Governo de Transição Democrática. **Cebes**, Londrina, v. 17, p.11-13, 1985.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. 199 p.

SARTI, Cynthia. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, Maria do Carmo B. de, (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez Editora, 1995. p. 39-49.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. **O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira**. In Reforma Sanitária Itália e Brasil. Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (orgs.). São Paulo: Hucitec – CEBES, 1988. p.10.

TEIXEIRA, Solange M. Família e proteção social: uma relação continuamente (re) atualizada. In: TEIXEIRA, S. M. **A Família na Política de Assistência Social: concepções e tendências do trabalho social com família nos CRAS de Teresina – PI**. Teresina: EDUFPI, 2013, p.23-41.

TEIXEIRA, Solange Maria. A Família na Trajetória do Sistema de Proteção Social Brasileiro: do enfoque difuso à centralidade na política de Assistência Social. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, p.535-549, set. 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 328 p.

WHO, World Health Organization. **Improving Health Systems and Services for Mental Health**. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

WHO, **World Health Organization. Mental Health: new understanding, new hope**. 2001. Disponível em: <[http:// who.int/whr/2001](http://who.int/whr/2001)>. Acesso em: 10 maio 2017.

WIESE, Michelly Laurita. **A Categoria Social no Âmbito das Práticas Profissionais no Programa Saúde da Família do Município de Blumenau**. 2003. 289 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

WILLRICH, Janaína Quinzen; KANTORSKI, Luciane Prado. **CAPS Castelo (Centro de Atenção Psicossocial): um pouco da história da loucura em Pelotas**. Pelotas: EDUFPeL, 2008. 216p.